

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
COLLEGE OF EDUCATION
SPECIAL EDUCATION DEPARTMENT**



Graduation theses

Eating disorders in children and adolescents

Supervisor: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph. D.

10. 4. 2010

Edita Šťastná

PEDAGOGICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

Katedra speciální pedagogiky



Diplomová práce

Poruchy příjmu potravy u dětí a mladistvých

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph. D.

10. dubna 2010

Edita Šťastná

5.ročník SPPG – UČ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Praze dne 10. dubna 2010

Vlastnoruční podpis: 

Povoluji poskytovat možnost nahlédnutí do této diplomové práce pouze pro studijní účely zájemců.

Děkuji Doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za spolupráci s vedením mé diplomové práce.

Tato práce se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy u dětí a mladistvých. Bude porovnávat rozdíly mezi chlapci a dívkami ve věku třináct až šestnáct let, mezi žáky běžné základní školy a osmiletého gymnázia, dále mezi osmou a devátou třídou obou typů. Šetření proběhne pomocí dotazníků zaměřených na jejich životosprávu a postoj k vlastnímu tělu.

This work focuses on the issue of eating disorders in children and adolescents. It will compare the differences between boys and girls in the age of thirteen to fifteen years, the normal primary school pupils and eight-year grammar school and also between the eighth and ninth grade two. The investigation will be using questionnaires focused on their lifestyle and attitude towards his own body.

Zadání diplomové práce

Školní rok: 2009/2010

Jméno a příjmení : Edita Šťastná

Ročník : 5.

Obor: SPPG - učitelství

Typ studia: prezenční

Název diplomové práce: Poruchy příjmu potravy u dětí a mladistvých

Vedoucí diplomové práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph. D.

Podpis vedoucího diplomové práce:

.....


Podpis studenta:

.....


Kontaktní adresa:

Slabčice 7, 398 47, Písek

V Praze dne:

Podpis vedoucího katedry SPPG:.....

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	10
ÚVOD.....	10
1. HISTORICKÉ POZADÍ NEMOCI.....	13
1.1. Historie mentální anorexie	13
1.2. Historie mentální bulimie a záchvatovitého přejídání.....	16
2. VYMEZENÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	17
2.1. Rizikové povahové rysy	17
2.2. Mentální bulimie	17
2.3. Mentální anorexie.....	18
2.3.1. Diagnostická kritéria	18
2.3.2. Jak rozpoznáme mentální anorexii	19
2.4. Výskyt a vývoj poruch příjmu potravy v populaci ČR.....	22
3. MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE U DĚTÍ.....	23
3.1. Vývoj osobnosti a adolescentní krize u mentální anorexie	25
3.2. Tělesné následky pubertální mentální anorexie	26
3.2.1. Poruchy látkové přeměny a zažívání.....	27
3.2.2. Srdeční oběhové potíže.....	28
3.2.3. Jiné následky	28
3.2.4. Život ohrožující konečné stadium	29
3.3. Psychické následky pubertální anorexie.....	29
3.3.1. Sociální izolace.....	29
3.3.2. Pocity nadřazenosti, viny a hanby	30
3.3.3. Euforie a deprese	30
3.3.4. Sebevražedné ohrožení	31

4. CO NEMOC UDRŽUJE A CO JI LÉČÍ?	32
4.1. První kontakt dítěte se zdravotnickými službami.....	32
4.2. Psychoterapeutické přístupy a metody	33
4.3. Základní druhy terapie.....	34
4.4. Vývoj terapie	35
4.5. Testy	36
PRAKTICKÁ ČÁST	39
5. CÍL ŠETŘENÍ	39
5.1. Strategie a metody šetření	39
5.1.1. Charakteristika respondentů a průběh šetření.....	44
5.2. Interpretace výsledků šetření	44
5.3. Celkové hodnocení dotazníků	72
5.4. Případové studie	75
5.4.1. Kasuistiky poruchy příjmu potravy	75
5.4.2. Majka.....	75
5.4.3. Julie.....	81
5.4.4. Lejka	83
ZÁVĚR.....	86
POUŽITÁ LITERATURA.....	87
PŘÍLOHY	89

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

„...35, 40 nebo 45 kilogramů tělesné váhy na 165, 170 nebo 175 centimetrů tělesné výšky. Tak vypadá mnoho děvčat, která poprvé přicházejí do ambulance pro poruchy příjmu potravy. „Takhle hubená a bojí se tloušťky. Musí být šílená, když to nevidí a nechce začít jíst,“ myslí si nejenom jejich rodiče a přátelé, ale i někteří terapeuti a nakonec často sami nemocní. Mentální anorexie tak získává pověst tajemné, zákeřné a hlavně nesrozumitelné duševní choroby. Nemocní, kteří se postupně přestávají orientovat v tom, co vlastně chtějí, pak s úlevou přijímají náhradní řešení: „Nemohu začít normálně jíst! Je to složitější..., nejprve si musím vyřešit jiné problémy, počkám až dodělám zkoušky...“ (Krch, 2002, s. 9)

V dnešní době je pro mladé lidi obtížné vyrovnat se s nároky, které přináší tělesné zranění a psychické dospívání. Jsou nastaveny četné společenské hodnoty a cíle. To platí zejména tam, kde rodina od dítěte očekává co nejlepší výkon a viditelné úspěchy. Pro dospívající může být velmi obtížné přijmout za své úkoly dospělých a vyrovnat se s nimi. Ctižádostiví rodiče čekají naplnění očekávání od svých dětí. Na děti působí i školní prostředí, společenský tlak vrstevníků i vliv reklamy a psychologické působení sdělovacích prostředků. Mnozí, kteří jsou obdařeni představitivostí, potřebou sjednotit se se svými vzory a zároveň tužbou po ideálech, často usilují o ztotožnění se svými oblíbenými televizními hvězdami či modelkami z časopisů. Snaží se za každou cenu přiblížit svému ideálu, ale to bohužel často končí tragicky. Dívky si za vzor vyberou útlou filmovou hvězdu nebo unylou modelku na obálce časopisu a snaží se udělat vše, aby vypadaly jako ona. Ze všech stran se dozvídáme, že čím nižší váha, tím lepší. Bohužel je to zavádějící informace, důležitějším ukazatelem bývá např. poměr pasu a boků – poměr větší než 1 bývá spojován se zdravotními riziky.

Dle Kocourkové (1997) je štíhlost považovaná za výsledek úspěšné sebekontroly, nezávisle na tom, jak jí bylo dosaženo. Ke kultu štíhlosti přispívá i to, že lidé s nadváhou bývají často znevýhodňováni a je k nim přistupováno s předpojatostí.

V době puberty se dívčí tělo mění v ženskou a zvýrazní se druhotné pohlavní znaky – zvětší se boky, hýždě, prsa. Pro dívky se to často stane překážkou pro dosažení podoby jejich životního vzoru. Zjistí, že nikdy nebudou měřit 180 cm a mít tělesné míry 90-60-90. Postižená dívka přestává jíst, začíná pravidelně cvičit a někdy situaci řeší vyvolaným zvracením. Největší obavou jejího života je, aby nepřibrala. Perfektně se vyzná v nejrůznějších dietách, výživových tabulkách, pečlivě prozkoumává nutriční hodnoty všech jídel. Její nejlepší kamarádkou se stává váha a denně se kontroluje v zrcadle. Následně hubne, a tak si alespoň částečně upevňuje zraněné a rozkolísané sebehodnocení. Její tělo brzy začne reagovat na změnu tělesné váhy a dochází k vynechání menstruace. Dívka má zapadlé a unavené oči, suchou pokožku napjatou přes vystouplé kosti, příliš jemné a řídké vlasy.

Že by měly zvýšit energetický příjem, začít pravidelně jíst, přestat přehnaně cvičit, to jsou přesně ty připomínky, které dívky slyšet nechtějí. Čím více jejich váha klesá, tím více se objevují zdravotní potíže a přidávají se i psychické problémy. Dívky jsou zimomřivé, apatické a hlavně neustále unavené. Tyto problémy postupně ovládnou život nemocného, přinášejí mu stále větší strádání a bývají prvním impulsem k tomu, že nad sebou člověk začne trochu přemýšlet. Okolí nemocného bývá většinou vyděšeno a snaží se nemocného přimět k léčbě. Dívka ovšem odmítá svoje návyky měnit a snaží se vyhnout tomu, co je pro ni nepříjemné. Většinou nechce o moc přibrat, maximálně pár kilo a nechce měnit svoje jídelní návyky.

„Poruchy příjmu potravy a jídelních návyků se staly v posledních desetiletích centrem zájmu nejen z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie, ale také předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží rozumět stylu doby, jejím hodnotám, vztahu k tělu, výkonu a slasti. v pohledu na jídelní patologii můžeme vidět na jedné straně spektra zaujetí dietami, štíhlostí, fyzickou a výkonovou dokonalostí a na druhé straně spektra kachektizaci, patologický strach z tloustnutí, poruchy percepce těla, v extrémním případě s letálním koncem. Ohroženou populací jsou zejména adolescentní dívky a mladé ženy, u nichž se poruchy příjmu potravy nejčastěji objevují.“ (Kocourková, 1997, s. 14)

Mentální anorexie a bulimie patří mezi poruchy příjmu potravy. i když to na první pohled tak nevypadá, obě poruchy jsou si velmi podobné. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezením energetického příjmu osoby, nadměrná pozornost věnovaná jídlu a vlastnímu tělu. Nemocní se neustále zabývají vlastním vzhledem. Sledují svoji váhu a snaží se i přes velký váhový úbytek dále hubnout.

1. HISTORICKÉ POZADÍ NEMOCI

1.1. *Historie mentální anorexie*

První příznaky mentální anorexie popisuje ve druhém století již Galén, významná osobnost antické medicíny. Obvykle užíval pojem „asitia“ (nebo „inedia“), když popisoval odmítání potravy. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám.

Mezi 12.-15. stoletím se objevily případy žen, které byly označovány jako svěťice. Hladověly, aby umlčely své hříšné tělo. Sebetrýzněním odčiňovaly své hříchy a osvobozovaly tak svoji duši. Římskokatolická církev ale od počátku novověku začala omezovat počet svatých a díky tomu začal klesat i počet světic. Po světicích přicházejí „zázračné panny“. Těmi často byly adolescentní dívky, které se však neodvolávaly na víru. I přesto se jim dostávalo veliké pozornosti. Tvrdily, že jedí jen velmi malé množství potravy nebo že nejedí vůbec. Lidé nevěděli, zda jde o zázrak či o podvod. Největší diskuse to vyvolalo mezi lékaři – řada z nich byla přesvědčena, že se jedná opravdu o zázrak. Teprve v devatenáctém století bylo potvrzeno, že se jedná o chorobu.

„Během dob, které byly naplněny nejasnými otázkami a spory o to, jak věc vysvětlit, přichází na scénu britský lékař s definicí mentální anorexie. Prameny hovoří o odlišném datu. Krch uvádí: „Významný britský lékař Morton ve svém mistrovském díle „Phthisiologia“ z roku 1689 popisuje takzvané „nervové opotřebení“ (nervové úhytění), což je devastace a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálním rozrušením. Především díky svému popisu případu dcery pana Duka, kterým se navždy zapsal do historie medicíny, je Morton znám jako „první portrétista anorexie nervosy“.“ (Krch, 2005, s. 29)

Uvádí se, že první definice mentální anorexie je z roku 1694, taktéž britským lékařem Richardem Mortonom.

„Popisovaná dívka v jeho dle byla vyhublá, měla problémy s jídlom, amenoreou (vynechání menstruace), hypotermií (nižší tělesná teplota) a opakovanými záchvaty mdloby. Morton ale nenalezl žádnou příčinu takového stavu. Morton se snažil o její léčbu předepsáním různých léků, ale dívka jakoukoli léčbu odmítala a zemřela. Přestože Morton přesně popsal „diagnózu“ mentální anorexie, nikdo z jeho současníků ji nerespektoval a po následující dvě století zůstal bílou vránou mezi svými kolegy.“ (Krčh et al., 2005)

Do devatenáctého století se stále věřilo na zázraky boží a o mentální anorexii se komplexněji začíná uvažovat až ve druhé polovině devatenáctého století.

„V roce 1859 popsal W. S. Chipley sitiomanii, označovanou v té době jako „sitiofobie“ (chorobné nechutenství). Tato choroba byla dobře známa u duševně nemocných. On však zaznamenal odmítání potravy i u jiného typu lidí. Jednalo se o vyhublé dívky, které patřily mezi tzv. vyšší kruh společnosti. Svým postojem k jídlu se snažily upoutat pozornost jiných.“ (Krčh et al., 2005)

Jasný popis mentální anorexie připadá na rok 1873 a 1874. v roce 1873 pařížský lékař Charles Lasèque definoval symptomatickou triádu: anorexia-amenorea-vyhublost a William Gull identifikoval a diagnostiky vymezil mentální anorexii, přednášel sdělení o „anorexia hysterica“.

Za zmínku stojí několik údajů, jak je uvádí Navrátilová, Sobotka, Češková (2000):

- 1884 – Janet diferencoval psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie.
- 1890 – spisovatelka H. B. Stoweová kritizovala společnost, která považovala normální ženu za „monstrum“.
- 1908- P. Poiret – pařížský módní návrhář – poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu – poprvé v historii bylo pod šaty vidět, nepomohly korzety ani vycpávky.
- 1917 – Dr. Lulu Hunt Peters zavedl do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky, vydal knihu o dietách a zdraví. doporučoval nízkotučné sacharidové diety.
- 1930 – přibývalo mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přinesl grapefruitové diety.

- 1950 – Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění – neuróza z hladovění.
- 1962 – Hilde Bruch referoval o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, častý výskyt poruch příjmu potravy u modelek a baletek. v New Yorku byl pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií.
- 1967 – Twiggy se objevila na titulní straně módního časopisu Vogue – 41 kg, 170 cm.
- 1970 – S. Theander, švédský psychiatr, varoval před hroživým nárůstem poruch příjmu potravy, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky.
- 1980 – vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie.
- 1981 – M. C. Brotman a G. Humprey přednesli referát o mentální bulimii – zneužívání ipekakuanhy (hlavěnky dávivé – obsahuje emetin) – jed pro kosterní svaly – perutní, myopatie + popisovaná kardiomyopatie.
- 1983 – R. C. Casper poukázal na riziko obezity a poruch příjmu potravy – snahu žen zachovat si štíhlost – aditivní charakter poruch příjmu potravy.
- 1986 – až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E. Garfinkel poukázali na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie – předpokládali multifaktoriální etiologii.
- 1987 – WHO prohlásil, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popsali nápadný až epidemický růst incidence poruch příjmu potravy.
- 1990 – dosud – preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důsledná znalost specifík poruch příjmu potravy.

Dle Krcha (2005) se v posledních desetiletích ze vzácné a málo známé klinické entity stala „módní porucha“, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem.

1.2. Historie mentální bulimie a záchvatovitého přejídání

Velkolepé hostiny byly již v dobách starověkého Říma a středověku. Jejich hlavním cílem bylo velkolepé hodování. Jedlo se nepřeborné množství jídla. Pokud tělo na takovýto přísun jídla nestačilo, bylo běžné si „ulevit“. Strávníci se polechtali brkem v krku a jídlo vyvraceli. Poté se mohli dále věnovat jídlu a pití. Přejídání a zvracení nebylo ničím neobvyklým, naopak jedinci, kteří takto dokázali hodovat, byli společností velmi uznáváni. Takové hostiny si ovšem mohla dovolit jen určitá společenská vrstva. Člověk, který byl schopen spořádat velké množství jídla, byl uznáván jako schopný a mocný.

Nejen samotné onemocnění má svoji historii, ale i vývoj pojmu bulimie. Jak uvádí Krch (2005), pojem „bolimos“ označoval podle řeckého filozofa Plutarchy zlého démona. Ovšem filologové z pozdější doby přišli s názorem, že výraz pochází z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad) a popisuje tím, že člověk má tak velký hlad, že by dokázal spořádat vola. v tomto smyslu bychom mohli zmínku o bulimii nalézt již ve 4. století před naším letopočtem v díle řeckého dramatika a básníka Timokla. Různé významy a rozličná vysvětlení pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Někteří nozologové osmnáctého století rozlišovali až sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické a byly doprovázeny dalšími příznaky – cizopasníky, průjmem a křečemi. Primární „idiopatická“ bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (prejídání se zvracením).

Poprvé byl termín bulimia nervosa použit v roce 1979 britským psychiatrem Geraldem Russellem. Označil tak silné a neovladatelné nutkání přejídat se ve spojení s chorobným strachem z tloustnutí.

2. VYMEZENÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

2.1. Rizikové povahové rysy

Dle Kocourkové (1997) jsou to tyto rysy:

- Perfekcionismus – snaží se utišit svou enormní kritičnost a nízké sebevědomí. Snaží se být dokonalí naprosto ve všem.
- Zranitelnost – snaha zalíbit se druhým, člověk si není sám sebou jistý.
- Nestálost – kontrola nad jídlem zastoupí kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.
- Puritánství a asketismus – překonává vlastní potřeby, včetně jídla, považuje je za morální a očišťující.
- Sebetrestání – často se trestají za to, že mají problém, se kterým se neumí vyrovnat. Věří, že proto jsou špatní. Kdyby byli perfektní, žádné problémy by neměli nebo by je uměli řešit.

2.2. Mentální bulimie

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Rovněž k určení diagnózy mentální bulimie je třeba tří základních znaků:

- 1) opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství;*
- 2) opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení;*

- 3) *strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. v závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.*"
(Papežová, 2000, s. 24-25)

Většina dívek nemocných mentální bulimií uvádí, že na začátku svých obtíží procházely mentální anorexií. Jejich cílem bylo držet přísná dietní omezení. Pocit přejedení je velmi relativní. Nemocný sní jen o něco málo víc, než chtěl, nebo než je zvyklý jíst. Výskyt poruch příjmu potravy roste a tím přibývá pacientů s netypickým průběhem nemoci. Jejich onemocnění nemusí splňovat všechna kritéria. I tyto nevyhraněné a atypické případy však mohou mít závažné zdravotní a psychické potíže. v některých případech později dojde k plnému rozvoji všech příznaků.

2.3. *Mentální anorexie*

2.3.1. Diagnostická kritéria

Dle Krcha (2002) lze diagnostická kritéria mentální anorexie shrnout do tří základních znaků:

- 1) aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI);*
- 2) strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
- 3) u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

Snížení tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá projímadla nebo nějaké jiné prostředky na zhubnutí. Tělesná hmotnost vzrůstá s věkem (zejména v dospívání), a tak u dětí mladších 15 let je důležitějším ukazatelem než BMI

očekávaný hmotnostní přírůstek. To znamená, že děti před pubertou mohou mít nižší tělesnou hmotnost než je BMI 17,5 a nemusí být anorektické. Na druhé straně by však v tomto věku měly přibírat na váze. Není normální, aby například v 15 letech měly stejnou nebo nižší tělesnou hmotnost jako ve 12 letech. Výjimkou jsou děti, které trpěly skutečnou nadváhou a přiměřeně zhubly. Pozor! Uspokojení ze zhubnutí u dříve obézních dětí může být důvodem k pokračování v dietních omezeních, která mohou přejít v anorexii.

Problematickým kritériem je strach z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě.

* BMI (index tělesné hmotnosti) = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m) ²

Přestože hranice mezi mentální anorexií a dietou bývá zprvu dosti nejasná, existují některé varující příznaky mentální anorexie.

Anorexie (mentální anorexie, anorexia nervosa) je vážná nemoc. Pro člověka trpícího mentální anorexií je nesmírně obtížné udržet si zdravou váhu. Nemoc většinou postihuje ženy a dívky. Není však nic neobvyklého, když anorexií onemocní zralá žena nebo muž. Nárůst váhy je pro nemocné noční můrou. Neexistuje jediná příčina onemocnění, většinou se jedná o souhru několika okolností, díky kterým nemoc vzniká nebo se udržuje.

2.3.2. Jak rozpoznáme mentální anorexii

„Mění se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná a „nezdravá“. Anorektičky nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Zákaz je postupně rozšiřován na další jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso..., až zbudou jen dietní „light“ potraviny.

· Mění se jídelní režim. Nemocní si důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“, pod různými záminkami mizí i hlavní jídla.

- Jídelní změny jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Na jídlo najednou není čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Anorektičky ráno uvádí, že nejsou zvyklé jíst, nebo že nemají čas a večer jsou většinou už po večeři.
- Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejméně. Často hodně žvýkají žvýkačky, uždibují a kouří.
- Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si je prohlíží, vybírají, co nesnědí, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že si musí jídlo „vychutnat“ nebo „jíst v klidu“, což znamená, že například ujídají jeden malý jogurt miniaturní lžičkou 20 minut.
- Mění se jejich chuť, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace.
- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, precitlivěle reagují na to, když je někdo sleduje při jídle nebo například mlaská. Připravují si pro sebe jiné, méně vydatné jídlo. Když jedí, vypadají napjatě, strnule a vyděšeně. Snadno se cítí přejedené a mluví o tom, kolik toho snědly. Jablka jsou najednou obrovská a rohlík se nedá sníst, jak je vydatný.
- Často vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“, zpotit se. Dokážou například chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, posilovat několik hodin nebo být při cvičení v neprodyšném oblečení. Nedokážou se uvolnit a jen tak sedět. Zhoršuje se jejich schopnost soustředit se na učení. S rostoucí podvýživou může přijít únava, apatie a vyčerpání.
- Příliš se zaobírají svojí postavou a tělesnou hmotností. Postávají před zrcadlem a neustále se váží nebo se naopak váže se strachem vyhýbají. Zahalují se do volných šatů nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu. Často mluví o jídle nebo se naopak této tématice přehnaně vyhýbají.
- Ze zdravotních obtíží se nejprve objevuje zácpa, porucha menstruačního cyklu

a zimomřivost. Vypadávají jim vlasy, kazí se jim pleť a po těle se jim objevují jemné chloupky.

· První zhubnutí je zpravidla spojeno se vzrůstem sebevědomí a zlepšení nálady. v této době bývají nemocní velmi aktivní a společenští. Postupně se však soustřeďují stále více na sebe, svoje tělo a jídlo.

· Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe, vzrůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jim nálada.

· Na tlak donutit je jíst reagují anorektičky většinou kategorickým odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají svoje protiargumenty. Dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklé, prohírat jídelníček a svoje pocity. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnily“ rodiče.“ (Krch, 2002, s. 28)



Obrázek č. 1

Typickým příznakem mentální anorexie je zkreslené vnímání vlastního těla (viz. obrázek č. 1) Je to také jeden z důvodů, proč je toho, kdo anorexií trpí, tak obtížné přimět k léčbě.

2.4. *Výskyt a vývoj poruch příjmu potravy v populaci ČR*

Výskyt poruch příjmu potravy v České republice je srovnatelný se zeměmi západní Evropy.

Dle Krcha a Marádové (2000) se mentální anorexie a bulimie u dívek objevuje desetkrát až dvacetkrát častěji než u chlapců. v České republice 4-6% dívek trpí mentální bulimií, to znamená, že je to zhruba každá dvacátá dívka. Mentální anorexií trpí okolo 1% dívek, což je zhruba každá stá dospívající dívka. Nejrizikovějším obdobím pro vznik mentální bulimie je období mezi 16 až 25 rokem, u mentální anorexie je hranice snížena na 13-20 let. Není ale vyloučeno se s onemocněním setkat v ranějším i pozdějším věku.

Úmrtnost u mentální anorexie se pohybuje v rozmezí 2-8%, u mentální bulimie mezi 0-2%. Z mentální anorexie se zcela vyléčí asi 50% jedinců, dalších 20% přechází do chronického onemocnění. U mentální bulimie se zcela vyléčí 60% pacientek.

3. MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE U DĚTÍ

Poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou období dospívání. Počátek mentální anorexie však často bývá ještě před 14. rokem věku. Příznaky anorexie však byly zaznamenány i u dětí mladších 10 let. Tyto časně počátky poruchy provázejí možné komplikace, je tedy velmi důležité včas vyhledat lékaře a pokusit se zabránit následkům nedostatečné výživy, jako je například dehydratace nebo zastavení tělesného růstu.

Rozdíly mezi časným začátkem (do 14 let) a pozdějším začátkem anorexie popisuje Krch (2002):

- menší tukové rezervy – rychlejší nástup zdravotních obtíží, větší nebezpečí dehydratace;
- omezení v příjmu potravy vede rychleji k výraznější vyhublosti;
- možnost zastavení tělesného růstu, puberty a zpomalení sexuálního zrání;
- mentální bulimie začíná před 14. rokem jen vzácně. Mezi mladšími pacienty jsou relativně více zastoupeni chlapci;
- větší důslednost v dodržování osobních dietních pravidel. Děti se oproti starším pacientům méně často přejídají, zvrací a užívají projímadla;
- na domluvy a snahu vykrmit je reagují mladší pacienti často dramatičtější odporem, jsou útoční, agresivní nebo se naopak (někdy současně – jejich chování jako by kolísalo ve dvou extrémech) chovají jako malé děti;
- obtížná spolupráce při léčbě, jejíž cíle často nechápou;
- častý výskyt depresivních příznaků;
- problémy dítěte mohou vést k vyhocení konfliktů v jeho rodině a obviňování mezi rodiči. Rodiče se cítí provinile, často nevhodně ustupují konfliktům s dítětem. Zájem rodiny se stále více soustřeďuje na problematické dítě, ostatní sourozenci zůstávají stranou;

- do léčby je třeba vždy zapojit rodiče, kteří by měli zajistit kontrolu nad tím, jak jejich dítě přijímá jídlo a tekutiny;
- vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zrání dítěte.

U dětí se kromě mentální anorexie můžeme setkat s celou řadou jídelních problémů a poruch. Nejčastěji se můžeme setkat se ztrátou chuti k jídlu v souvislosti se zdravotním stavem dítěte nebo stavem psychickým. Může se jednat o deprese nebo úzkost. Dále se může jednat o problémy ve spojitosti s nevhodnými stravovacími návyky dítěte i celé jeho rodiny. Pokud má dítě možnost jíst pouze tehdy, pokud chce nebo pokud může jíst pouze to, na co má chuť, začne časem odmítat běžná jídla a začne jíst pouze jídla, která má rád. Některé děti jedí například jenom sladkosti a odmítají ostatní jídla. Takové dítě nebude mít problémy s podvýživou, jelikož jí energeticky vydatná jídla. Mohou se však objevit různé zdravotní potíže. Závažnější následky může mít vyhýbání se jídlu z emocionálních důvodů. Dítě například uvádí strach, že mu bude po jídle špatně, obává se udušení nebo nákazy jídlem.

Hospitalizace je u dětí do 14 let doporučována v následujících případech:

- pokud je váhový úbytek více než 25% tělesné váhy;
- pokud hrozí dehydratace;
- pokud se objevují známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak, atd.)
- pokud přetrvává zvracení nebo dítě zvrací krev
- pokud dítě trpí těžkou depresí nebo má sebevražedné úmysly.

3.1. *Vývoj osobnosti a adolescentní krize u mentální anorexie*

Vývoj dívky v budoucnu postižené mentální anorexií je nejčastěji dáván do souvislosti s jejím raným vztahem k matce. Je zdůrazňována malá empatie matky vůči potřebám kojence, přestože navenek je její péče o dítě dobrá. Podle Mastersona dítě selhává ve vývojové fázi znovupřiblížení, která probíhá kolem 18. měsíce života dítěte. Dítě vnímá vzdálenost od matky a chápe to jako opuštění. v tomto případě je velmi důležitá i přítomnost otce, který pomáhá posílit bezpečí dítěte. Pokud se dítěti nepodaří najít pozitivní vazby k oběma rodičům, má dítě problém s vývojem a upevněním vlastní identity.

Adolescence je tedy pro dívku s mentální anorexií i její rodinu velmi obtížná. U těchto dívek je možné vidět přilnavý, těsný a kontrolující vztah k matce a odmítání otce. Vztah k matce může navenek vypadat jako ideální, často však za ním bývá skrytá agrese – dívka se snaží matku kontrolovat, ovládat a velmi často vytlačit z kuchyně, aby měla dívka veškerou vládu nad stravováním celé rodiny.

„Mentální anorexie je onemocněním typicky vázaným na adolescentní věk a věk mladé dospělosti. U dětí v období latence, pubescence nebo rané adolescence je popisována dosti zřídka. Přesto Irwin (1984) připomíná, že v roce 1894, krátce poté, co Gull definoval syndrom mentální anorexie, uveřejnil Collins v časopise Lancet případ sedmi a půlleté vyhublé dívky, která odmítala jíst. Byl přesvědčen, že jde o nejmladší uveřejněný případ mentální anorexie.“ (Kocourková, 1997, s. 79)

Vyhýbání se jídlu je typickým projevem mentální anorexie. Tento projev se může objevit bez ohledu na věk. Není vázán na ztrátu chuti k jídlu, spíše se jedná o přemáhání pocitu hladu a o snahu zhubnout omezením kalorického příjmu. Dívky nejprve ze svého jídelníčku vyřazují vysoce kalorické potraviny, například sladkosti a pečivo. Postupně vyřazují i méně kalorické potraviny. Obávají se i přísunu většího množství tekutin, mají strach, že mohou přibrat po napití se vody či neslazeného čaje.

„Důvody, proč chtějí zhubnout, bývají dívkami s mentální anorexií uváděny velmi rozličně, někdy ani vědomou prezentací přání zhubnout neobsahují, ale dívky

verbalizují nechuť k určitému „nezdravému“ způsobu stravování, bolesti břicha, obtíže při polykání. Uváděné rozličné důvody jsou někdy na rovině manipulace či disimulace, ale někdy mohou obranné mechanismy (jako např. popření, izolace efektu, racionalizace) vytlačit z vědomí skutečné přání zhubnout.“ (Kocourková, 1997, s. 83-84)

Zaujetí vlastní váhou bývá u dětí stejné jako u starších adolescentů nebo dospělých pacientů. Z dětí se stávají experti na potraviny, znají přesné energetické hodnoty potravin a pečlivě kontrolují, která potravina je pro ně vhodná. Pro děti bývá magické „kulaté“ číslo váhy. Z počátku svého hubnutí se snaží svou váhu upravit na „kulaté“ číslo, ale postupem času a hubnutí je pro ně i to jejich magické číslo už příliš vysoké a snižují hranici na další „kulaté“ číslo. U těchto dětí se objevuje i porucha ve vnímání vlastního těla v takovém rozsahu, že se v zrcadle vidí opravdu silnější, než ve skutečnosti je.

3.2. Tělesné následky pubertální mentální anorexie

Míra tělesného poškození je závislá na délce doby mezi vznikem choroby a začátkem jejího odborného léčení. Většinou pacient dokáže své okolí velmi úspěšně klamat a chlácholit. Bohužel se někteří pacienti s akutní mentální anorexií dostanou k odborníkovi tak pozdě, že je jejich tělesné poškození neslučitelné se životem. Až u 10% postižených akutní mentální anorexií dochází k smrti. K takovému tragickému konci by nemuselo dojít, pokud by se příbuzní a okolí nemocného nenechalo uchláholit planými sliby. Nemocní často slibují, že už začnou jíst, podvádí při jídle, jídlo vyhazují a různě schovávají. Často se také stává, že akutní mentální anorexie přejde v mentální anorexií chronickou.

Tělo umí žít nějakou dobu z vlastních rezerv. Stane se tak, pokud do těla není přiváděna energie formou potravy. Jak dlouho však dokáže tělo z vlastní zásoby žít, závisí na tom, jaká byla váha na začátku onemocnění a kolik energie tělo během nemoci spotřebuje. Většina nemocných má obrovský výdej energie, mají sklon k přehnané aktivitě. Brzy dojde k tělesnému vyčerpání a postižený poté není schopen

ani vstát z postele, vyčerpá ho pár kroků a není schopen se o sebe postarat. To by mělo být pro nemocného alarmujícím signálem. Pokud se nerozhodne pro léčbu - zemře.

„ Přes veškeré chorobné projevy nejsou pacienti pořád ještě ochotni akceptovat svůj stav jako následek odmítání jídla a nahlédnout, že se sami ničí. Neustále se uchylují k výmluvám a vytáčkám, aby příbuzné odradili od zařizování léčby. Porucha ve vnímání těla jim žádnou jinou možnost ani neposkytuje, takže jejich blízcí musí zasáhnout bez ohledu na jejich protesty.“ (Leibold, 1995, s. 73)

3.2.1. Poruchy látkové přeměny a zažívání

Pokud se do těla dostává málo energie, tělo se nastaví tak, aby vydrželo fungovat co nejdéle. Nedostatek energie má veliký vliv na látkovou přeměnu. Látková přeměna v těle zodpovídá za získávání energie z potravy a za výdej energie. Značně se zmenší činnost bazálního metabolismu, který udržuje činnost látkové přeměny v úplném klidu. Zmenší se z toho důvodu, aby tělo šetřilo energii. To se projeví tak, že funkce, které nejsou bezprostředně pro život důležité, nedostávají potřebnou energii. Tělo se stará o to, aby dostatek energie měly ty nejdůležitější životní funkce. Nemocný navíc tělo nutí do extrémních výkonů, snaží se maximálně sportovat, aby spálil přebytečné kalorie. v jeho těle však žádné přebytečné kalorie nejsou a tělo na takto namáhavé činnosti energii nemá, proto brzy nastupuje tělesný úpadek.

Po určité době pak dochází k závažnému poškození životně důležitých orgánů. Pokud se tato poškození nezačnou léčit, mohou mít fatální následky, tj. trvalé a nezvratné poškození, které končí smrtí.

Mentální anorexie provází chronické zpomalení střevní činnosti v důsledku nedostatku nestravitelných balastních látek neboli vlákniny. Tím, že se střeva pravidelně nevyprazdňují, shromažďují se v nich jedovaté zplodiny látkové přeměny, které způsobí lehkou sebeotravu s bolestmi hlavy, nadýmání a nečistou kůží. U anorektiků bývají velmi často používána projímadla, která při častém podávání způsobují střevní poškození a paradoxně opět vedou k zácpě.

3.2.2. Srdeční oběhové potíže

U nemocných se objevují závratě a mdloby, které jsou prvním signálem, že s tělem není něco v pořádku. Nejdůležitější funkcí srdečně cévního systému je totiž zásobování těla kyslíkem a výživnými látkami. Tato funkce si také žádá vhodnou energii a proto je při nedostatečné výživě tato funkce postižena. Krevní tlak poklesne a zpomalí se frekvence pulsu. Největší obtíže se vyskytují při přehnané tělesné námaze, kdy se srdce silně přetěžuje. Pokud nemoc dále postupuje, příznaky se dále zhoršují a srdce může selhat. Může dojít k jeho trvalému poškození nebo i k následné smrti.

U pacientek se objevuje i vynechání menstruace. Je to vlivem podvýživy a psychicko-nervovými vlivy na hormonální systém, který řídí menstruaci. U dospívajících anorektiček je ztráta menstruace většinou vítána a ještě zesiluje jejich odpor k jídlu. Snaží se totiž za každou cenu oddálit svou dospělost a menstruace přeci k dospělosti patří. Některé dívky se dokonce snaží potlačit ženské pohlavní znaky, jsou schopny se stahovat do obinadel, aby ukryly svá prsa. Jejich vyhublé tělo nejeví známky těla dospívající ženy. Ženské boky, prsa, menstruace, to jsou pro ně něco odporného a snaží se tomu zabránit.

3.2.3. Jiné následky

Celý organismus je postižen nedostatečnou výživou, objevuje se spousta dalších obtíží. Tím, že tělo nepřijímá dostatek potravy, má chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. Mohou se tedy objevit problémy s chudokrevností díky nedostatku železa, poruchy nervového systému díky nedostatku vitamínu B i chybná funkce štítné žlázy díky nedostatku jodu. Tělo má také nedostatek bílkoviny, která je důležitým stavivem pro vlastní tělesnou substanci.

U nemocných je také enormně zvýšená náchylnost k četným nemocem, oslabené podvyživené tělo se totiž nedokáže bránit ani banální infekci. Anorektici mají vleklé problémy s nemocemi, které zdravě živý člověk ani nedostane nebo se s nimi v případě nákazy rychle vyrovná.

Nejviditelněji se výživa projevuje na vlasech, kůži a nehtech. Vlasy postupně vypadávají, v hřebenech se jich po učešání objevují celé chomáče. Kůže je vysušená, precitlivělá a objevuje se na ní jemné chmýří. Nehty jsou příliš měkké a lámavé.

Tělo se nezvládá dostatečně prokrvit a má sníženou tělesnou teplotu. Objevuje se tedy prochladnutí a to i při vysokých teplotách ovzduší.

3.2.4. Život ohrožující konečné stadium

Díky užívání projímadel a močopudných látek tělo ztrácí tekutiny a minerály. Tato ztráta vážně ohrožuje život. Jako první varovný signál je brána křeč v lýtkách. Brzy po prvních příznacích dochází ke ztrátě draslíku, která vyústí v poškození srdce.

Pokud se člověk dostane do takto pokročilého stádia nemoci, je nutné, aby byla zahájena léčba. Nemocný ani jeho příbuzní léčbu sami nezvládnou. Je důležité, aby léčba byla prováděna v nemocnici, kde je pacient připojen na umělou výživu a přístroje sledující jeho životní funkce. Bohužel ale 10% pacientů umírá i přes to, že jsou obklopeni milující rodinou, která se často nechá pacientem oklamat. I přes to, že je dnešním ideálem krásy štíhlost až vyhublost, je těžké pochopit, proč tyto rodiny nevidí, že jejich dítě stojí na pokraji smrti.

3.3. *Psychické následky pubertální anorexie*

Dle Leibolda (1995) chorobná závislost na hubnutí vede k pomalému sebezničení, v nejhorších případech tato psychická porucha končí sebevraždou. U nemocných se objevují depresivní stavy s pocity nadřazenosti, viny a hanby.

3.3.1. Sociální izolace

Sociální izolace u nemocného může jeho nemoc ještě více zhoršit. Chování nemocného k ostatním kolísá, buď se přehnaně o ostatní stará nebo jim dokazuje pocit své nadřazenosti. Vztahy s nemocným se navazují velice těžko. Jeho blízcí s ním velmi

často přestanou úplně komunikovat. Snaží se mu v jeho problému pomoci, nemocný však jejich péči odmítá. Nedokáže jejich rady poslechnout, vysmívá se jim, že on přeci vůbec nemocný není, co si to na něj vymýšlejí. Může se stát, že tyto situace končí i agresivním chováním nemocného. Pro přátele je toto chování odrazující, zjišťují, že nemocný o jejich rady zájem nemá a většinou svou snahu vzdají. Tímto chováním si nemocný proti sobě poštvá celé okolí a dostane se do izolace. Psychicky stabilní lidé se s takovou ztrátou rychle vyrovnají, chorobně závislí se ještě více stáhnou do choroby.

3.3.2. Pocity nadřazenosti, viny a hanby

Dle Leibolda (1995) za svůj výkon pacient nemůže očekávat společenské uznání. To však pacientovi ani tak dalece nevadí, stačí mu, že se chová neobvykle, že je něčím výjimečný. Cítí se být něčím zvláštní a pěstuje si své pocity nadřazenosti. Z kontrastu, ve kterém stojí proti společnosti, se vytváří u mentálního anorektika nejčastěji pocit nezměrné převahy. Tento pocit je opět částečně vyrovnán jeho přehnanou starostlivostí, za níž se ale také může skrývat nadřazenost (asi ve smyslu „já vím přeci nejlépe, co potřebujete“), občas ale proráží navenek arogancí vůči okolnímu světu, který své „nečisté“ tělesné potřeby neodkáže ovládat.

Pacientovi se občas stane, že „selže“, že nezvládne vlčí hlad nebo sní něco navíc. Takové chování pak často následuje pocit studu a výčitky, což u nemocného může vyvolat ještě hlubší odmítání potravy nebo u labilnějších případů sebevraždu. Bylo to pro ně totiž něco, za co se opravdu stydí a nemůžou dále pokračovat v životě, protože selhali.

3.3.3. Euforie a deprese

Nedostatečná výživa těla má za vinu to, že anorektik má povznesený euforický pocit. Děje se tak díky biochemickým změnám z důvodů podvýživy. Jsou velmi energičtí, spánek pro ně není podstatnou věcí, přesto stále srší energií a mají nápady a plány.

Tímto chováním většinou jdou svému okolí na nervy. Občas ale přejdou do období,

kdy jsou zničeni, nemůžou se na nic soustředit a nejsou schopni jakékoli činnosti.

Často se však stává, že se u nich tyto stavy mohou střídat v rozpětí několika minut. Jsou plni euforie, optimismu a během pár minut se jejich nálada změní, jsou vyčerpáni, objevuje se hluboká deprese. Pokud se objeví hluboká deprese, nemocný je schopen uzavřít se na několik dní do svého pokoje a ignorovat okolní svět. Utápí se pouze ve své depresi a vyčítá si své chyby. Po takovém vyčítání většinou následuje takový stav, že anorektik jí ještě méně nebo dokonce přestane jíst úplně. Chce se tak potrestat za své předchozí chyby a napravit je.

Dle Leibolda (1995) však mohou deprese probíhat skrytě. Projeví se podrážděností, neklidem a tělesnými potížemi. v tomto případě si však ani pacient není vědom své deprese.

3.3.4. Sebevražedné ohrožení

Pokud se chorobná závislost na hubnutí neléčí, často vede k smrti. Je tedy takovým pomalým druhem sebevraždy, člověk se pomalu zabíjí. Říká se, že takovýmto způsobem se ničí lidé, kteří nemají dostatek odvahy na sebevraždu. Proto se velmi málo stává, že by se anorektik pokoušel o sebevraždu. Pokud se tak stane, stane se tak většinou v období hluboké deprese.

„Nebezpečí sebevraždy zůstává relativně nepatrné tak dlouho, jak dlouho je pacient v hluboké depresi, protože po tu dobu pro ni nenajde dostatek energie. Jakmile se ale opět životní náboj zvýší, aniž by se současně vyjasnila nálada, může se nově probuzená energie zaměřit proti vlastnímu životu. Antidepresivní léky to často ještě podpoří, protože působí ve dvou etapách: nejprve se vrátí životní náboj, a teprve poté zmizí ostatní symptomy. v tomto kritickém období může dojít k pokusu o sebevraždu – a k tomu používají pacienti často právě antidepresivní chemické medikamenty.“
(Leibold, 1995, s. 85)

Traduje se, že pokud člověk o sebevraždě mluví, neprovede ji. Okolí nemocného však jeho slova nesmí brát na lehkou váhu, protože toto tvrzení už stálo mnoho lidí život.

4. CO NEMOC UDRŽUJE A CO JI LÉČÍ?

Informovanost o poruchách příjmu potravy u nás roste, ale málokdo si dokáže představit, jak těžké je nemocí trpět nebo žít s někým, kdo nemocí prochází. Rodiny nemocných si kladou plno otázek: „Co se nám to stalo?“, „Proč se to stalo zrovna nám?“, „Co jsme komu špatného udělali?“

Počátek onemocnění se snadno přehlédne, dívka před onemocněním bývá neproblematická, prospívá ve škole a nejsou s ní žádné problémy. Někteří rodiče dokonce mohou dívku na začátku nemoci chválit. Situace se totiž jeví tak, že dívka začala přemýšlet nad tím co jí, že jí pouze zdravé věci a vyhýbá se nezdravému jídlu. Spousta rodičů je spokojena a někteří mohou dívce její pevnou vůli dokonce i závidět. v některých případech se však může objevit nepřiměřené chování již na počátku onemocnění a rodiče se uklidňují tím, že se pouze jedná o pubertální rozmary a že se vše zase časem srovná. Z neproblematických dívek se však stávají děti, které kvůli jídlu lžou a podvádějí. Rodiče se začínají o své děti obávat, snaží se o první kontakt s lékařem, ale to dívky odmítají a pokračují v dalším hubnutí. v rodině se tak stupňují konflikty a většinou v tomto období dochází k první návštěvě lékaře.

4.1. *První kontakt dítěte se zdravotnickými službami*

Prvním odborníkem, který si onemocnění všimne bývá velmi často gynekolog. Je to způsobeno tím, že rodinu znepokojí ztráta menstruace a vyhledají odbornou pomoc.

Dívky při první návštěvě u odborníka jeví obrovský zájem o léčbu. Slibují, že už začnou jíst. Slibují nemožné. Tento zájem pouze předstírají, neboť se obávají hospitalizace. Uvědomují si totiž, že v nemocnici by byly pod stálým dohledem. Svě sliby bohužel nezvládají dodržet a ani o to vesměs nestojí. Nemají zájem pracně zhublá kila opět nabrat, je to naopak, svoji váhu ještě chtějí upravit a to nejlépe na kulaté číslo. Situace v rodině však začne být neúnosná a dochází k hospitalizaci. Pacientka to bere jako trest a svou rodinu za to nesnáší.

„Je třeba zdůraznit význam interdisciplinární spolupráce, v níž je komunikačně důležitá pozice toho odborníka, se kterým přijde pacientka poprvé do styku. Ten již od počátku připravuje půdu pro to, jaká bude později spolupráce pacientky a její rodiny s psychiatrickým zařízením. Přístup odborníků v prvním kontaktu může pacientce pomoci k tomu, že její kontakt s psychiatry a psychology bude snadnější a produktivnější, ale v negativním případě může posílit nechuť, odmítání, pocity selhání a viny. Významná je pozice lékaře prvního kontaktu, který by si při podezření na psychogenní poruchu příjmu potravy měl vyžádat psychiatrickou a psychologickou konzultaci.“ (Kocourková, 1997, s. 97)

4.2. Psychoterapeutické přístupy a metody

Pobyt pacientky probíhá obvykle na psychiatrickém oddělení a trvá několik měsíců. Pacientka je dlouhodobě odloučena od svých přátel, rodiny a školy. Režim oddělení se tak stává důležitým pozadím dalších specifických terapií. Je důležité, aby terapeutické prostředí bylo strukturované a důsledné vůči pacientce. Nejdůležitější ovšem je začlenění pacientky do terapeutické komunity. Musí chápat pravidla komunity, řídit se jimi a akceptovat pravidla pro vzestup a kontrolu váhy. Na oddělení by samozřejmě měla fungovat v základní míře školní docházka.

Podle Kocourkové (1997) individuální terapeutický plán vyžaduje optimální skloubení terapeutického přístupu k pacientovi s jídelními poruchami. Někdy se uzavírá tzv. kontrakt s rodiči. Rodiče musí být jasně informováni o dítěti i způsobu léčby. Z psychoterapeutických metod se užívá individuální a skupinová psychoterapie, rodinná terapie a léčba v prostřední s režimovými a vývojovými prvky. v případech s depresivní symptomatikou bývá často indikována farmakoterapie.

Velmi důležité pro psychický stav pacientky jsou návštěvy a propustky domů. Pacientka musí především cítit, že ji její rodina v léčbě plně podporuje. Většinou je totiž rodina tou poslední skupinou lidí, kdo opravdu věří ve vyléčení.

4.3. Základní druhy terapie

„Neexistuje pouze jediný postup v léčbě, který zaručeně vede k uzdravení. Je dobré mít představu o tom, jaké existují druhy terapie a ideální je mít možnost si s pomocí odborníka vybrat. Protože to, co je dobré pro někoho jiného, nemusí být dobré pro nás.

Pokud vyhledáme odbornou pomoc u psychologa, psychiatra nebo specializovaného psychoterapeuta, bude nám nejčastěji nabídnuta individuální terapie, někdy pak rodinná nebo párová terapie. Psychiatr nám může také nabídnout podpůrnou léčbu pomocí psychofarmak - to znamená léky, které přímo poruchu příjmu potravy neléčí, ale mohou pomoci zvládnout velmi nepříjemné stavy úzkosti a deprese, či snížit naléhavost nekonečných myšlenek na jídlo a váhu.

Individuální psychoterapie znamená, že se bude odborník věnovat po určený čas pouze nám a to opakovaně, jednotlivá sezení na sebe navazují - co jsme nestihli probrat teď, necháme na příště.

Někteří terapeuti nabízejí konkrétní postupy, radí, dávají úkoly, kde se sami mezi sezeními aktivně podílíte na své léčbě. Porucha příjmu potravy je chápána hlavně jako nevhodný návyk, který je nutné změnit. Jiní dávají přednost postupnému odhalování souvislostí nemoci s osobní historií a současnou životní situací a pomáhají nemocnému svou nemoc lépe pochopit a společně najít způsoby řešení „ušité nemocnému na míru“. Porucha příjmu potravy je tu chápána jako projev jiných neřešených problémů. Je velmi časté, že zkušený terapeut různé způsoby léčby s výhodou kombinuje.

Také jsem zmínil rodinnou a párovou terapii. Jak název napovídá, terapie se účastní celá rodina nebo pár, terapeut podporuje zúčastněné ve společném řešení problému. Porucha příjmu potravy tu není problémem jednotlivce, ale do jisté míry všech zúčastněných. Zejména u dětí a dospívajících je prokázáno, že se jedná o velice účinný způsob léčby.

Další variantou léčby je terapie ve skupině, nejlépe ve specializované skupině pro nemocné poruchou příjmu potravy. Zvláštní postavení tu mají svépomocné skupiny, které mají za cíl pomoci nemocným na začátku získat informace a vybrat si dostupný

a přijatelný způsob terapie. Může také pomáhat těm, kteří léčbou již prošli, podělit se o své zkušenosti a slouží pak pro důležitý pocit užitečnosti a také jako prevence před opětovným návratem do nemoci.

Dále jsou tu tzv. docházkové terapeutické skupiny, těch speciálně zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy je však u nás zatím velmi málo, ale předpokládáme, že se bude jejich nabídka rozšiřovat. Od svépomocné skupiny se liší jednak tím, že jí vedou obvykle dva psychoterapeuti, jde tedy o odbornou pomoc. Dochází do nich delší dobu stejná skupina lidí, kteří se mají šanci vzájemně lépe poznat a více si důvěřovat.

Se skupinovou terapií se nejčastěji setkáme na stacionáři (docházkovém denním programu) nebo při hospitalizaci na psychiatrii. Skupina může poskytnout nemocnému informace, dát mu podporu, pochopení pro jeho problémy, může nabídnout i různé pohledy a tím i lepší porozumění sobě a svým problémům. Nemocní se ve skupině učí o svých problémech mluvit. Skupinová terapie má obvykle dobrý vliv na zlepšení vztahu k sobě a ke svému okolí.

Na začátku léčby ale může být nemocný zahlcený svými problémy a potřebuje více času pro povídání o svých věcech, než kolik může dostat na skupině. Proto je dobré hlavně v akutním stavu nemoci nejprve docházet na individuální či rodinnou terapii a pak navázat léčbou ve skupině. Někdy je dobré různé formy léčby kombinovat.“ (Kulháněk, 2010)

4.4. Vývoj terapie

Léčba se vyvíjela empiricky, na základně pozorování. Neexistuje totiž pouze jediný lék, operace nebo léčebná metoda. Většina prací považovala za nejdůležitější návrat k vhodné stravě a nepodlehnutí protestům a vysvětlování pacienta.

Jak uvádí Papežová (2000) ve své knize, názory na to, zda léčit pacienta doma, či mimo domov, se lišily. Gull je přesvědčen o tom, že zásadní problém je v psychice a že je velmi důležité kontrolovat jídlo v krátkých intervalech a zabránit nadměrné aktivitě. Francouzský psycholog Pierre Janet doporučoval po neúspěšné léčbě doma hospitalizaci. Tvrdil také, že se má pacientce řádně a jasně vysvětlit povaha

onemocnění. Za důležité vlastnosti pečovatelů byla považována pevnost, laskavost a takt. v roce 1982 přednášela o svých vlastních postojích k léčbě anorexie americká psychoanalytička Hilda Bruchová. Shledala, že tradiční psychoanalýza je spíše neúčinná. Bylo poukázáno na dva extrémní postoje – první se zabýval pouze váhou a druhý pouze psychoanalytickou metodou, bez ohledu na nízkou váhu. Byla pro ni velmi důležitá komplexní péče, která byla rozdělena do dvou oblastí. Byl to nárůst váhy, práce s rodinou a jejími postoji a potřebami. Bruchová vyvinula novou metodu založenou na aktivní spolupráci pacienta i terapeuta.

Psychoterapie je důležitým pomocníkem v léčbě, pacientka musí po letech najít cestu sama k sobě, musí opět spolupracovat a důvěřovat ostatním. Hlavním úkolem terapeuta je, aby pacientka i rodina pochopila povahu onemocnění a byla připravena zvládnout těžkosti s opětovným navozením stravovacího režimu a navrácením zpět do běžného života.

4.5. *Testy*

Pokud se o sobě chce dívka dozvědět více, na portálu www.pppinfo.cz jsou dostupné testy psychologem. Jsou zaměřeny na vztah k jídlu, k sobě, ke své postavě. Testy jsou samozřejmě anonymní a výsledky lze brát pouze jako inspiraci a téma k zamyšlení. Jedná se o tyto tři testy:

1) Test rizik vzniku a rozvoje poruchy příjmu potravy

Test je určen pro dívky, které mají pochybnosti, zda netrpí mentální anorexií, bulimií či záchvatovitým přejídáním nebo chce-li dívka zjistit, je-li u ní z různého důvodu zvýšené riziko pro vznik těchto poruch. Pokud otevřeně a pravdivě odpoví na všech 54 otázek, může se dozvědět, do jaké míry se jí problematika poruch příjmu potravy může týkat. Test si všímá vztahu k jídlu, k sobě, nálad i chování a dokáže orientačně odhadnout míru vzniku poruch příjmu potravy.

Po vyplnění všech otázek je možné získat písemné hodnocení a také profil s komentářem. Výsledek je skutečně orientační, velice závisí na míře otevřenosti při

hledání odpovědí, nenahrazuje psychologické vyšetření u odborníka. Zároveň však poskytuje důležité informace, které můžeme brát vážně.

Zde je na ukázkou jedna z 54 otázek:

Otázka č. 4 - Hodně přemýšlím o tom, jak být štíhlejší

ano

občas

ne

http://www.pppinfo.cz/vyzkousejte_test.asp

2) *Body Image – test vnímání své postavy*

Zde se dá ověřit, jak člověk vnímá své tělo a je-li jeho odhad reálný. v tomto testu se po zadání několika údajů vybírají postavičky z obrázků. Je prokázáno, že negativní vztah ke svému tělu a nereálné vnímání vlastní postavy je rizikovým faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy či přímo jedním z jejích příznaků.

Po vyplnění všech otázek je možné získat písemné hodnocení a také doporučení. Také tento výsledek je skutečně orientační a nenahrazuje psychologické vyšetření u odborníka. Ukázka z testu:

2. krok - vyberte postavu na obrázku, která nejvíce odpovídá vaší postavě:



http://www.pppinfo.cz/vyzkousejte_test_bodyimage.asp

3) *Jste emoční jedlík?*

Test se týká emočního jení. K jídlu se totiž lidé obvykle obracejí, pokud cítí napětí, smutek, nudu, vztek, úzkost, ale také vzrušení, příjemné napětí a radost. Mnozí z nás si rádi dají své oblíbené jídlo, když se sami se sebou necítí dobře, takříkajíc si „spraví chuť“. Pokud se to stane návykem, přináší nám takové emoční jení potíže - nárůst tělesné hmotnosti, pocit slabé vůle, pochybnosti o sobě. Test obsahuje 20 otázek, na kterých se dá ověřit, zda člověk má sklony své pocity a nálady zajídat, kdy se tento návyk nejvíce projevuje a může tak získat první tip na změnu.

Ukázka z testu:

Otázka č. 16

Jedením se často uklidňuji.

☐ Ano

☐ Ne

http://www.pppinfo.cz/vyzkouseite_test_jedlik.asp

PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části jsem shromáždila informace týkající se problematiky poruch příjmu potravy. Rozpoznám typické znaky nemoci a znám způsoby léčby. Nyní výzkumným šetřením u respondentů zmapuji jejich životosprávu a postoj k vlastnímu tělu.

5. CÍL ŠETŘENÍ

Obsahem kapitoly, v níž se zabývám zmapováním životosprávy a postoji k vlastnímu tělu, bude stanovení cílů šetření a následné objasnění strategie výzkumu. Zpracuji zjištěné výsledky a vyvodím závěr výzkumu.

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat životosprávu dětí a jejich postoje k vlastnímu tělu. Zda jsou se svým tělem spokojeni, zda mají zkušenosti s dietami, jestli někdo z jejich rodiny dietu drží. Jaké mají jídelní návyky, oblíbená a neoblíbená jídla. Jsou to informace, ze kterých se dá mnoho vyčíst a objevit z nich první náznaky poruch příjmu potravy. Budu porovnávat rozdíly mezi chlapci a dívkami ve věku třináct až šestnáct let, mezi žáky běžné základní školy a osmiletého gymnázia a též mezi osmou a devátou třídou obou typů.

5.1. *Strategie a metody šetření*

Pro řešení výzkumného úkolu zabývajícího se problematikou poruch příjmu potravy, jsem využila dotazníkového šetření, jehož nástrojem zkoumání byl dotazník. Dotazníkové šetření pomáhá k hromadnému získávání údajů pomocí otázek.

V dotazníku jsem zadala otázky uzavřené i otevřené, protože jsem v případě otevřených odpovědí chtěla, aby odpověď nebyla ovlivněna nabízenými možnostmi. Vzhledem k věku respondentů jsem použila zjednodušené otázky. Prázdný dotazník je uveden jako příloha č. 1.

Dotazník dívky

Kolik je ti let?

Jakou třídu základní školy navštěvuješ?

Kolik měříš cm?

do 150 151-160 161-170 171-180 nad 180

Kolik vážíš kg?

méně než 45 45-50 51-55 56-60 61-65 66-70 71-75 75-80 nad 80

Jak často se vážíš?

Jak jsi se svojí postavou spokojená?

Chtěla bys na sobě něco změnit? např. zhubnout, přibrat, zlepšit postavu, zpevnit postavu, méně jíst, jiné

Držela jsi někdy nějakou dietu? Když ano, měla úspěch? Kolik se ti podařilo zhubnout nebo naopak přibrat?

Držíš v současné době nějakou dietu? Jakou?

Drží někdo v tvé rodině nějakou dietu?

Cvičíš? necvičím 1-2x týdně 3-4x týdně 5x a více

Jaký druh cvičení?

Nutil tě někdy někdo do cvičení nebo do diety?

Poslechla jsi?

Je na tvém těle nějaká část, kterou máš ráda?

Je na tvém těle nějaká část, kterou nemáš ráda?

Kdyby ti někdo nabídl, že ti zdarma udělá plastickou operaci, jakou část těla by sis vybrala?

Byla jsi někdy kvůli své postavě středem pozornosti?

Jíš ráda?

Jíš pouze taková jídla, která jsou zdravá?

Je nějaké jídlo, které bys nikdy nesnědla? Z jakého důvodu?

Dodržuješ vegetariánskou stravu?

Myslíš, že hraje štihlost velkou roli při hledání partnera? Z jakého důvodu?

Myslíš, že hraje štihllost velkou roli při hledání kamarádů? Z jakého důvodu?

Myslíš, že je štihllost důležitá pro úspěšnost ve škole a v práci? Z jakého důvodu?

Víš, co je mentální anorexie?

Víš, co je mentální bulimie?

Cítíš se být nějakou z těchto nemocí ohrožena?

5.1.1. Charakteristika respondentů a průběh šetření

Žáky jsem oslovila pomocí třetí osoby, konkrétně dvou pedagožek z uvedených škol. Při vyplňování dotazníku jsem přítomna nebyla. Průzkum probíhal na Základní škole Olešská v Praze a na Gymnáziu a ekonomické škole v Sedlčanech.

Gymnázium a ekonomická škola v Sedlčanech má tři obory, čtyřleté gymnázium, osmileté gymnázium a ekonomickou školu. Spolupracovala jsem s žáky z kvarty a tercie víceletého gymnázia.

Dále jsem si vybrala základní školu v Praze. Jednalo se o Základní školu Olešská. Je to první škola na Praze 10, která od září 2005 pracuje v 1. a 6. třídě podle vlastního školního vzdělávacího programu „S chutí do školy“. Tato škola je školou s rozšířenou výukou cizích jazyků, nabízí žákům výuku anglické jazyka již od první třídy. Od sedmé třídy pak škola nabízí další jazyk – němčinu, francouzštinu nebo italštinu.

Tři roky jsem zde pracovala jako osobní asistent u chlapce na vozíku. Měla jsem tedy možnost trávit s dětmi spoustu času a vyslechnout jejich debaty týkající se jídla a postavy. Bylo to vůbec nejčastější téma, které se o přestávce řešilo. v této třídě byla skupinka zhruba pěti dívek, pro které bylo jejich tělo tím nejdůležitějším na světě. Pokud některá z nich přinesla něco „nevhodného“ k svačině, zbytek ji za to odsoudil.

5.2. Interpretace výsledků šetření

Zjištěné údaje jsem zpracovala do tabulek a pod tabulku jsem napsala nejdůležitější informace vyplývající z tabulky. Celkový počet vyplněných dotazníků je **108**. Ze základní školy jsem měla celkem 55 dotazníků, z gymnázia 53 dotazníků. Po vyhodnocení tabulek budu sumarizovat odpovědi.

Tab. č. 1

Kolik je ti let?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	56% 13 let	45% 13 let
	44% 14 let	55% 14 let
G – 9. tř.	70% 14 let	28% 14 let
	30% 15 let	72% 15 let
ZŠ – 8. tř.	46% 14 let	90% 14 let
	36% 15 let	10% 15 let
	7% 16 let	
ZŠ – 9. tř.	80% 15 let	7% 14 let
	20% 16 let	72% 15 let
		21% 16 let

Platí, že děti z osmé třídy gymnázia jsou průměrně o rok mladší než děti osmé třídy základní školy. Stejný rozdíl je i u dětí deváté třídy.

Tab. č. 2

Kolik měříš centimetrů?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	11% 151-160 cm 66% 161-170 cm 23% 171-180 cm	10% 151-160 cm 70% 161-170 cm 15% 171-180 cm 5% nad 180 cm
G – 9. tř.	40% 161-170 cm 50% 171-180 cm 10% nad 180 cm	7% 151-160 cm 64% 161-170 cm 29% 171-180 cm
ZŠ – 8. tř.	10% 151-160 cm 36% 161-170 cm 36% 171-180 cm 18% nad 180 cm	10% 151-160 cm 60% 161-170 cm 30% 171-180 cm
ZŠ – 9. tř.	5% 151-160 cm 30% 161-170 cm 45% 171-180 cm 20% nad 180 cm	7% do 150 cm 14% 151-160 cm 65% 161-170 cm 14% 171-180 cm

Tab. č. 3

Kolik vážíš kg?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	11% méně než 45 kg 45% 45-50 kg 23% 61-65 kg 11% 66-70 kg	5% méně než 45 kg 40% 45-50 kg 30% 51-55 kg 5% 56-60 kg 10% 61-65 kg 5% 71-75 kg 5% 76-80 kg
G – 9. tř.	10% 45-50 kg 20% 51-55 kg 30% 56-60 kg 10% 61-65 kg 10% 66-70 kg 10% 76-80 kg 10% nad 80 kg	13% 45-50 kg 13% 51-55 kg 44% 56-60 kg 6% 61-65 kg 12% 66-70 kg 6% 76-80 kg 6% nad 80 kg

ZŠ – 8. tř.	18% méně než 45 kg	20% méně než 45 kg
	27% 45-50 kg	40% 45-50 kg
	10% 51-55 kg	10% 51-55 kg
	27% 56-60 kg	20% 56-60 kg
	18% 71-75 kg	10% 66-70 kg
ZŠ – 9. tř.	5% 45-50 kg	14% méně než 45 kg
	10% 51-55 kg	14% 45-50 kg
	10% 56-60 kg	36% 51-55 kg
	20% 61-65 kg	22% 56-60 kg
	35% 66-70 kg	14% 71-75 kg
	20% 71-75 kg	

Veliké rozdíly ve váze jsou u dívek. 5% dívek z osmé třídy gymnázia váží méně než 45 kg, zatímco 20 % dívek na základní škole váží méně než 45 kg. To je čtyřnásobný rozdíl. v deváté třídě gymnázia nikdo z dívek neváží méně než 45 kg, kdežto v deváté třídě základní školy 14% váží méně než 45 kg.”

Tab. č. 4

Jak často se vážíš?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	12% jedenkrát za 14 dní 33% jedenkrát za měsíc 33% dvakrát za rok 22% třikrát za rok	5% obden 10% jedenkrát za týden 10% jedenkrát za 14 dní 20% jedenkrát za měsíc 55% občas
G – 9. tř.	10% jedenkrát za týden 30% jedenkrát za 14 dní 10% skoro nikdy 50% jedenkrát za rok	7% jedenkrát za týden 36% jedenkrát za měsíc 7% dvakrát za měsíc 50% občas
ZŠ – 8. tř.	9% denně 18% jedenkrát za týden 9% jedenkrát za 14 dní 18% jedenkrát za měsíc 9% jedenkrát za dva měsíce 18% dvakrát za rok 9% jedenkrát za rok 9% občas	10% dvakrát denně 10% jedenkrát za týden 10% dvakrát za týden 20% jedenkrát za měsíc 20% jedenkrát za čtvrt roku 30% skoro vůbec

ZŠ – 9. tř.	5% denně	7% denně
	20% jedenkrát za týden	21% několikrát za týden
	5% třikrát za týden	7% jedenkrát za týden
	20% jedenkrát za měsíc	21% jedenkrát za měsíc
	10% dvakrát za měsíc	44% občas
	40% málokdy	

Váží se častěji dívky než chlapci, chlapci z gymnázia se většinou váží jedenkrát týdně nebo jedenkrát za čtrnáct dní, kdežto někteří chlapci ze základní školy se váží denně.

Dívky na gymnáziu se většinou váží jedenkrát do týdne. Velké množství dívek ze základní školy používá váhu každý den, některé dívky z osmé třídy se váží i dvakrát denně.

Tab. č. 5

Jak jsi se svojí postavou spokojený?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	12% nespokojeno	15% nespokojeno
	55% celkem spokojeno	20% není moc spokojeno
	33% spokojeno	35% celkem spokojeno
		30% spokojeno

G – 9. tř.	30% nespokojeno	21% nespokojeno
	40% celkem spokojeno	72% celkem spokojeno
	30% spokojeno	7% spokojeno
ZŠ – 8. tř.	18% nespokojeno	40% nespokojeno
	82% spokojeno	10% není moc spokojeno
		50% spokojeno
ZŠ – 9. tř.	15% nespokojeno	35% nespokojeno
	35% celkem spokojeno	43% celkem spokojeno
	45% spokojeno	22% spokojeno

Vyloženě spokojeni se svojí postavou jsou častěji chlapci než dívky.

Tab. č. 6

Chtěl bys na sobě něco změnit? např. zhubnout, přibrat, zlepšit postavu, zpevnit postavu, méně jíst, jiné

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	25% zhubnout 8% přibrat 8% zlepšit postavu 17% zpevnit postavu 8% méně jíst 8% něco jiného 26% nic neměnit	23% zhubnout 14% zlepšit postavu 23% zpevnit postavu 14% méně jíst 28% nic neměnit
G – 9. tř.	10% zhubnout 20% přibrat 10% zlepšit postavu 10% zpevnit postavu 10% méně jíst 10% něco jiného 30% nic neměnit	20% zhubnout 12% zlepšit postavu 56% zpevnit postavu 8% méně jíst 4% nic neměnit

ZŠ – 8. tř.	6% zhubnout 14% přibrat 22% zlepšit postavu 22% zpevnit postavu 36% nic neměnit	30% zhubnout 5% přibrat 20% zlepšit postavu 20% zpevnit postavu 20% méně jíst 5% nic neměnit
ZŠ – 9. tř.	14,2% zhubnout 7,8% přibrat 15,6% zlepšit postavu 42,9% zpevnit postavu 3,9% méně jíst 3,9% něco jiného 11,7% nic neměnit	30% zhubnout 9% přibrat 13% zlepšit postavu 30% zpevnit postavu 9% méně jíst 9% nic neměnit

Ve většině případů dívky chtěly častěji zhubnout než chlapci, většina chlapců by raději přibírala svalovou hmotu. Chlapci byli celkově spokojenější se svojí postavou.

Tab. č. 7

Držel jsi někdy nějakou dietu? Pokud ano, měla úspěch?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	22% ano, 78% ne	35% ano, 65% ne
G – 9. tř.	10% ano, 90% ne	35% ano, 65% ne
ZŠ – 8. tř.	9% ano, 91 % ne	30% ano, 70% ne
ZŠ – 9. tř.	20% ano, 80% ne	57% ano, 43% ne

V minulosti drželo více dívek dietu, v porovnání základní školy a gymnázia byla dieta častější na základní škole. v deváté třídě základní školy přes polovinu děvčat drželo dietu.

Úspěšnost diety.

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	50% úspěch	71% úspěch
G – 9. tř.	50% úspěch	80% úspěch
ZŠ – 8. tř.	100% úspěch	100% úspěch
ZŠ – 9. tř.	100% úspěch	75% úspěch

Dívky byly ve svých dietách úspěšnější než chlapci. Chlapci i dívky ze základní školy byli úspěšnější než chlapci a dívky z gymnázia.

Tab. č. 8

Držíš v současné době nějakou dietu?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	100% ne	15% ano, 85% ne
G – 9. tř.	100% ne	7% ano, 93% ne
ZŠ – 8. tř.	9% ano, 91% ne	20% ano, 80% ne
ZŠ – 9. tř.	10% ano, 90% ne	36% ano, 64% ne

V současné době drží dívky dietu častěji než chlapci. Chlapci na gymnáziu nedrží dietu vůbec. Dívky na základní škole drží dietu častěji než dívky na gymnáziu. Obrovský rozdíl je v porovnání deváté třídy na gymnáziu a deváté třídy na základní škole. Na základní škole drží dívky dietu skoro 7x častěji.

Tab. č. 9

Drží někdo v tvé rodině nějakou dietu?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	11% matka	15% matka 15% sestra
G – 9. tř.	10% matka	14% matka 14% sestra
ZŠ – 8. tř.	9% matka 9% sestra 9% otec	10% matka 10% otec
ZŠ – 9. tř.	40% - neuvedeno kdo	49% matka 7% otec 7% babička

V každé skupině někdo z rodiny drží dietu, nejčastěji jsou to matky. Rodiny dětí ze základní školy drží diety častěji než rodiny dětí z gymnázia.

Tab. č. 10

Sportuješ?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	11% 1-2x týdně 22% 3-4x týdně 67% 5x a více	40% 1-2x týdně 40% 3-4x týdně 20% 5x a více
G – 9. tř.	50% 1-2x týdně 30% 3-4x týdně 20% 5x a více	14% nesportuje 86% 1-2x týdně
ZŠ – 8. tř.	28% 1-2x týdně 36% 3-4x týdně 36% 5x a více	30% 1-2x týdně 50% 3-4x týdně 20% 5x a více
ZŠ – 9. tř.	10% nesportuje 30% 1-2x týdně 25% 3-4x týdně 35% 5x a více	14% nesportuje 58% 1-2x týdně 28% 5x a více

Nejčastěji sportují chlapci, v některých skupinách chlapci uvedli odpověď, že sportují 5x a více týdně. Dívky už se tolik sportu nevěnují, dívky na gymnáziu sportují častěji než dívky na základní škole.

Tab. č. 11

Jaký druh sportu?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	45% fotbal 55% posiluje	5% běhá 5% aerobic 5% florbal 15% softbal 70% posiluje
G – 9. tř.	30% TV 50% posiluje 10% běhá 10% softbal	7% běhá 7% cyklistika 7% tanec 7% basketbal 72% posiluje
ZŠ – 8. tř.	9% basketbal 18% Vojtova metoda 18% fotbal 55% posiluje	8% TV 17% jóga 25% tanec 50% posiluje

ZŠ – 9. tř.	18% fotbal 73% posiluje 9% běhá	13% běhá 6% gymnastika 6% basketbal 6% tanec 69% posiluje
--------------------	---	---

Nejčastějším sportem u chlapců i dívek je posilování, u chlapců je dále oblíben fotbal. Některé děti cvičí pouze o hodinách tělesné výchovy, nemají k pohybu kladný vztah.

Tab. č. 12

Nutil tě někdy někdo do cvičení nebo do diety?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	12% ano, 88% ne	40% ano, 60% ne
G – 9. tř.	40% ano, 60% ne	28% ano, 72% ne
ZŠ – 8. tř.	27% ano, 73% ne	30% ano, 70% ne
ZŠ – 9. tř.	10% ano, 90% ne	43% ano, 57% ne

Tab. č. 13

Poslechl jsi?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	100% ano	12,5% ano
G – 9. tř.	70% ano	25% ano
ZŠ – 8. tř.	36% ano	70% ano
ZŠ – 9. tř.	90% ano	29% ano

Do diet či sportu byla většinou nucena častěji děvčata. Tuto radu si k srdci vzali většinou ale chlapci.

Tab. č. 14

Je na tvém těle nějaká část, kterou máš rád?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	56% ne 11% břicho 11% lýtka 22% ano, neuvedeno která	25% ne 20% oči 10% obličej 15% vše 30% ano, neuvedeno která
G – 9. tř.	10% ne 10% oči 20% vlasy 40% ano, neuvedeno která	37% ne 7% ruce 14% obličej 14% vlasy 7% nohy 7% prsa 14% ano, neuvedeno která

ZŠ – 8. tř.	26% ne 8% břicho 8% ramena 8% vlasy 17% nohy 8% mozek 8% neví	30% ne 10% oči 10% ruce 10% vlasy 10% neví 30% ano, neuvedeno která
ZŠ – 9. tř.	15% ne 15% ruce 5% nohy 10% neví 55% ano, neuvedeno která	6% ne 13% zadek 6% obličej 13% nohy 18% prsa 13% břicho 31% ano, neuvedeno která

Tab. č. 15

Je na tvém těle nějaká část, kterou nemáš rád?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	<p>67% ne</p> <p>11% tuk</p> <p>11% pihy</p> <p>11% ano, neuvedeno která</p>	<p>40% ne</p> <p>5% tuk</p> <p>5% nos</p> <p>10% stehna</p> <p>5% kolena</p> <p>5% obličej</p> <p>5% břicho</p> <p>10% skoro vše</p> <p>15% ano, neuvedeno která</p>
G – 9. tř.	<p>70% ne</p> <p>10% břicho</p> <p>20% ano, neuvedeno která</p>	<p>7% ne</p> <p>15% vše</p> <p>15% nos</p> <p>28% stehna</p> <p>7% nohy</p> <p>28% ano, neuvedeno která</p>

ZŠ – 8. tř.	82% ne 9% tuk 9% vlasy	7,7% ne 15,4% boky 7,7% znaménka 23,1% břicho 15,4% skoro vše 15,4% ano, neuvedeno která
ZŠ – 9. tř.	60% ne 10% obličej 5% břicho 5% neví 30% ano, neuvedeno která	5% ne 5% tuk 5% nos 5% obličej 21% břicho 5% prsa 5% boky 11% nohy 11% zadek 5% ruce 22% ano, neuvedeno která

Dívky mají se svým tělem větší starosti než chlapci, většina dívek našla nějakou část těla, kterou nemá ráda. Postupně s jejich věkem přestávají být spokojeny se svým tělem.

Tab. č. 16

Kdyby ti někdo nabídl, že ti zdarma udělá plastickou operaci, jakou část těla by sis vybral?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	88% žádnou 12% pihy	50% žádnou 20% ano, neuvedenou kterou 5% prsa 10% nos 5% břicho 5% obličej 5% oči
G – 9. tř.	90% žádnou 10% neví	14% žádnou 14% prsa 14% nos 51% liposukce 7% uši

ZŠ – 8. tř.	82% žádnou 9% bicepsy 9% celé tělo	23,1% žádnou 15,4% prsa 15,4% nos 15,4% břicho 7,7% obličej 15,4% liposukce 7,7% boky
ZŠ – 9. tř.	65% žádnou 15% obličej 20% břicho	14% žádnou 30% prsa 14% nos 7% břicho 7% obličej 7% zadek 14% nohy 7% uši

Většina chlapců by žádnou plastickou operaci nechtěla, čím byli chlapci starší, tím více ale operaci zvažovali. U dívek byl o plastickou operaci větší zájem než u chlapců. S věkem dívek rostl i jejich zájem.

Tab. č. 17

Byl jsi někdy kvůli své postavě středem pozornosti?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	22% ano, 66% ne, 12% neví	50% ano, 50% ne
G – 9. tř.	40% ano, 60% ne	43% ano, 57% ne
ZŠ – 8. tř.	36% ano, 64% ne	30% ano, 70% ne
ZŠ – 9. tř.	40% ano, 60% ne	50% ano, 43% ne, 7% neví

Středem pozornosti kvůli své postavě byly častěji dívky.

Tab. č. 18

Jíš rád?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	88% ano	100% ano
G – 9. tř.	100% ano	93% ano
ZŠ – 8. tř.	100% ano	80% ano
ZŠ – 9. tř.	90% ano	71% ano

Dívky mají s jídlem větší problém než chlapci, snaží si své chutě nepřipouštět, obávají se toho, že jakmile začnou pořádně jíst, přiberou. Velmi se hlídají. Největší problém s jídlem mají žákyně na základní škole a tento problém se s přibývajícím věkem prohlubuje.

Tab. č. 19

Jíš pouze taková jídla, která jsou zdravá?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	100% ne	15% ano, 85% ne
G – 9. tř.	100% ne	7% ano, 93% ne
ZŠ – 8. tř.	100% ne	30% ano, 70% ne
ZŠ – 9. tř.	10% ano, 90% ne	14% ano, 86% ne

Většina chlapců jí všechna jídla, naopak dívky si vybírají, že čeho bude jejich strava složena. Při porovnání gymnázia a základní školy jsem zjistila, že žákyně základní školy si dvakrát více vybírají složení potravy než žákyně gymnázia.

Tab. č. 20

Je nějaké jídlo, které bys nikdy nesnědl?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	22% zeleninu	20% červy
	11% držkovou polévku	10% hmyz
	11% lečo	5% škvarky
	11% syrečky	5% hovězí maso
	45% neuvedlo jídlo	10% ústřice
		15% psí maso
		10% vnitřnosti
		25% neuvedlo jídlo

G – 9. tř.	20% mořské plody 10% držkovou polévku 10% čočku 10% špenát 20% červy 30% neuvedlo jídlo	14% červy 22% houby 7% olivy 7% papriku 7% zeleninu 14% koňské maso 7% vnitřnosti 22% neuvedlo jídlo
ZŠ – 8. tř.	18% brouky 9% játra 9% kopr 9% hrachovou kaši 9% ryby 9% ztuhlý omastek 9% šneky 18% neuvedlo jídlo	10% červy 40% hmyz 10% špenát 10% čočku 10% KFC, Mc' Donald 20% koňské maso

ZŠ – 9. tř.	50% nevědělo	7% držkovou polévku
	20% ano, neuvedlo jídlo	7% dušenou mrkev
	15% mořské plody	16% mořské plody
	5% nudle s mákem	7% špenát
	5% krupicovou kaši	14% šneky
	5% sýr	14% játra
	5% houby	7% sladkosti
	5% kapustu	7% luštěniny
	5% lečo	7% houby
	10% játra	14% sní vše
	5% čočku	
	15% sní vše	

Na tuto otázku byla volná odpověď. Objevuje se tedy spousta klasických jídel, mezi nejzajímavější odpovědi asi patří, že některé dívky z osmé třídy základní školy by nesnědly nic z řetězců rychlého občerstvení a že jedna žákyně deváté třídy by nikdy nepozřela sladkost.

Tab. č. 21

Dodržuješ vegetariánskou stravu?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	100% ne	5% ano, 95% ne
G – 9. tř.	100% ne	14% ano, 86% ne
ZŠ – 8. tř.	9% ano, 91% ne	30% ano, 70% ne
ZŠ – 9. tř.	100% ne	8% ano, 92% ne

U chlapců vegetariánskou stravu dodržovalo minimum chlapců. U dívek je to mnohem horší, v každé skupině se nějaká dívka našla. Nejhuře na tom byla osmá třída základní školy, kde vegetariánskou stravu dodržovalo celých třicet procent.

Tab. č. 22

Myslíš, že hraje štíhlost velkou roli při hledání partnera?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	78% ano, 11% ne, 11% neví	55% ano, 45% ne
G – 9. tř.	40% ano, 50% ne, 10% neví	64% ano, 36% ne
ZŠ – 8. tř.	73% ano, 27% ne	20% ano, 50% ne, 30% neví
ZŠ – 9. tř.	60% ano, 40% ne	57% ano, 43% ne

Při výběru partnerky chlapci raději volí štíhlé dívky a postupně s věkem u nich zájem o štíhlou partnerku klesá. U dívek je to naopak, čím jsou starší, tím více jim na vzhledu partnera záleží.

Tab. č. 23

Myslíš, že hraje štihllost velkou roli při hledání kamarádů?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	78% ano, 11% ne, 11% neví	55% ano, 45 % ne
G – 9. tř.	10% ano, 70% ne, 20% neví	14% ano, 86% ne
ZŠ – 8. tř.	18% ano, 82% ne	20% ano, 80% ne
ZŠ – 9. tř.	15% ano, 85% ne	21% ano, 79% ne

Při výběru kamaráda hraje velkou roli štihllost hlavně u osmé třídy gymnázia a překvapivě u chlapců. Postupně s věkem ve všech skupinách důležitost vzhledu klesá.

Tab. č. 24

Myslíš, že je štihllost důležitá pro úspěšnost ve škole a v práci?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	33% ano, 55% ne, 12 % neví	50% ano, 50% ne
G – 9. tř.	30% ano, 60% ne, 10% neví	36% ano, 64% ne
ZŠ – 8. tř.	27% ano, 73% ne	50% ano, 40% ne, 10% neví
ZŠ – 9. tř.	30% ano, 70% ne	43% ano, 57% ne

Všechny skupiny dívek zastávají názor, že štíhlý člověk je úspěšnější v práci a ve škole. Při porovnávání gymnázia a základní školy - pro dívky ze základní školy je štihllost důležitější.

Tab. č. 25

Víš, co je mentální anorexie?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	78% ano, 22% ne	80% ano, 20% ne
G - 9. tř.	70% ano, 30% ne	100% ano
ZŠ - 8. tř.	64% ano, 36% ne	90% ano, 10% ne
ZŠ - 9. tř.	60% ano, 40% ne	71% ano, 29% ne

Tab. č. 26

Víš, co je mentální bulimie?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	67% ano, 33% ne	75% ano, 25% ne
G - 9. tř.	70% ano, 30% ne	100% ano
ZŠ - 8. tř.	27% ano, 73% ne	50% ano, 50% ne
ZŠ - 9. tř.	15% ano, 85% ne	36% ano, 64% ne

Žáci základní školy jsou méně informováni o poruchách příjmu potravy. Veliký rozdíl je i mezi chlapci a dívkami na základní škole, ale i na gymnáziu.

Tab. č. 27

Cítíš se být nějakou z těchto nemocí ohrožen?

	chlapci	dívky
G - 8. tř.	100% ne	90% ne, 10% ano
G - 9. tř.	100% ne	100% ne
ZŠ - 8. tř.	100% ne	100% ne
ZŠ - 9. tř.	100% ne	100% ne

Jeden jediný dotazník obsahoval odpověď, že si dívka připadá ohrožená některou z nemocí poruch příjmu potravy. Její dotazník přikládám na ukázkou jako přílohu č. 2.

5.3. *Celkové hodnocení dotazníků*

Kdybych měla dotazníky zhodnotit celkově, vyšlo mi, že děti osmé třídy gymnázia jsou průměrně o rok mladší než děti osmé třídy základní školy. Stejný věkový rozdíl je i u dětí deváté třídy.

Dívky z osmé třídy základní školy jsou sice o rok starší, ale přesto se u nich čtyřikrát častěji objevuje váha pod čtyřicet pět kilogramů než u dívek stejného ročníku gymnázia. v deváté třídě na gymnáziu žádná z dívek neváží pod čtyřicet pět kilo, na základní škole je to 13% dívek.

Dívky se váží častěji než chlapci. ✓ Porovnání chlapců se častěji váží chlapci ze základní školy, někteří dokonce denně. Na gymnáziu se většina chlapců váží jedenkrát nebo dvakrát během čtrnácti dnů.

Většina dívek na gymnáziu se váží zhruba jedenkrát týdně, kdežto většina dívek na základní škole se váží denně. Na základní škole se najdou i dívky, které se váží během dne dvakrát.

Vyloženě spokojeni se svojí postavou jsou častěji chlapci než dívky.

Ve většině případů dívky chtěly častěji hubnout než chlapci, většina chlapců by raději přibírala svalovou hmotu. Chlapci byli celkově spokojenější se svojí postavou.

V minulosti drželo více dívek dietu, v porovnání základní školy a gymnázia byla dieta častější na základní škole. ✓ deváté třídě základní školy přes polovinu děvčat drželo dietu. Dívky byly ve svých dietách úspěšnější než chlapci. Chlapci i dívky ze základní školy byli úspěšnější než chlapci a dívky z gymnázia. v současné době drží dívky dietu častěji než chlapci. Chlapci na gymnáziu nedrží dietu vůbec. Dívky na základní škole drží dietu častěji než dívky na gymnáziu. Obrovský rozdíl je v porovnání deváté třídy na gymnáziu a deváté třídy na základní škole. Na základní škole drží dívky dietu skoro 7x častěji. ✓ každé třídě někdo z rodiny drží dietu, nejčastěji jsou to matky. Rodiny dětí ze základní školy drží diety častěji než rodiny dětí z gymnázia.

Nejčastěji sportují chlapci, v některých skupinách chlapci uvedli odpověď, že sportují 5x a více. Dívky už se tolik sportu nevěnují, dívky na gymnáziu sportují častěji než dívky na základní škole.

Nejčastějším sportem u chlapců i dívek je posilování, u chlapců je dále oblíben fotbal. Některé děti cvičí pouze o hodinách tělesné výchovy, nemají k pohybu kladný vztah.

Do diet či sportu byla většinou nucena častěji děvčata. Tuto radu si k srdci vzali většinou ale chlapci.

Dívky mají se svým tělem větší starosti než chlapci, většina dívek našla nějakou část těla, kterou nemá ráda. Postupně s přibývajícím věkem přestávají být spokojeny se svým tělem. Většina chlapců by žádnou plastickou operaci nechtěla, čím byli chlapci starší, tím více ale operaci zvažovali. U dívek byl o plastickou operaci větší zájem, s jejich věkem také rostl zájem o operaci.

Středem pozornosti kvůli své postavě byly častěji dívky.

Dívky mají s jídlem větší problém než chlapci, snaží se moc si své chutě nepřipouštět, obávají se toho, že jakmile začnou pořádně jíst, přiberou. Velmi se hlídají.

Největší problém s jídlem mají žákyně na základní škole a tento problém se s přibývajícím věkem prohlubuje.

Většina chlapců jí všechna jídla, naopak dívky si vybírají, z čeho bude jejich strava složena. Při porovnání gymnázia a základní školy jsem zjistila, že žákyně základní školy si dvakrát více vybírají složení potravy než žákyně gymnázia. Některé dívky z osmé třídy základní školy by nesnědly nic z řetězců rychlého občerstvení a jedna žákyně deváté třídy by nikdy nepozřela sladkost.

Co se týká vegetariánské stravy, dodržovalo ji minimum chlapců. U dívek je to mnohem horší, v každé skupině se nějaká dívka našla. Nejhuře na tom byla osmá tří

základní školy, kde vegetariánskou stravu dodržovalo celých třicet procent.

Při výběru partnerky chlapci raději volí štíhlé dívky a postupně s věkem u nich zájem o štíhlou partnerku klesá. U dívek je to naopak, čím jsou starší, tím více jim na vzhledu partnera záleží. Při výběru kamaráda hraje velkou roli štíhlost hlavně u osmé třídy gymnázia a překvapivě u chlapců. Postupně s věkem ve všech skupinách důležitost vzhledu klesá. Všechny skupiny dívek zastávají názor, že štíhlý člověk je úspěšnější v práci a ve škole. Při porovnávání gymnázia a základní školy - pro dívky ze základní školy je štíhlost důležitější.

Žáci základní školy jsou méně informováni o poruchách příjmu potravy. Veliký rozdíl je i mezi chlapci a dívkami na základní škole, ale i na gymnáziu. Jeden jediný dotazník obsahoval odpověď, že si dívka připadá ohrožená některou z nemocí poruch příjmu potravy.

a tak začalo období diet. Jako nejvhodnější ji připadala dělená strana. Té věnovala mnoho času, aby vše pasovalo tak, jak mělo. Dokonce získala podporu v rodině i u známých. Nedostavovaly se však výsledky, stále si říkala, co dělá špatně, proč nemůže zhubnout. Usoudila, že toho asi jí stále hodně. Začaly prázdniny a s tím i Majky rozhodnutí, že se do školy vrátí štíhlejší. Opravdu začala hned první den prázdnin a to tím, že si naordinovala tři jablka a večer projímadlo. Tento jídelníček někdy obměnila jogurtem či rozinkami. Jaké je složení té či jiné potraviny? To bylo jediné, co Majku zajímalo na jídle. Měla nového koníčka – jen tak chodit po obchodech, nic si nekoupit, ale získávat nové informace o potravinách. Mučení to bylo hrozné. Majka měla na různé věci chuť, ale když si řekla „ne“ a dokázala si jídlo odepřít, byla na sebe pyšná.

Pocíťovala, jako by v ní žily dvě osoby. Jedna, ta dobrá, co má hlad a chce jíst, a ta druhá, která neustále šeptá: „To nesmíš, je to špatné, budeš tlustá!“ Ta zlá půlka začala být silnější a tu dobrou Majka začala ztrácet.

Slova, že je Majka anorektička slyšet nechtěla. Myslela si, že má vše pod kontrolou. Postupem času si však začínala uvědomovat, že na tom asi něco bude, hlavně poté, co si o této nemoci přečetla více informací. Najednou v prázdných myšlenkách se mohla o někoho opřít, říci někomu své problémy a nejasnosti. Jediná její kamarádka anorexie ji dokázala odpovědět, utěšit její trápení a najít sílu pokračovat. Ale Majčino tělo si často vybírat svoji daň. Začaly se tehdy objevovat problémy zdravotní i psychické. Když se jednoho dne podívala do zrcadla, zhrozila se. Na hlavě neměla skoro žádné vlasy, její pleť byla bílá až průhledná, končetiny měla fialové až promrzlé. v tu chvíli Majce prolitla v hlavě myšlenka, jak je možné, že si toho nevšimla dříve. Chtěla se tedy uzdravit. Nejprve si myslela, že to zvládne sama, ale jak se zdálo, její síly na to nestačily. Stále se ozývala ta zlá kamarádka. Majka byla bezradná, věděla, že sama na to nestačí. Její rodiče se snažili pomoci, vyhledali lékařku. Nejdříve Majka měla okamžitě nastoupit na lůžko s infuzní terapií, ale ona je přesvědčila, že musí být v kontaktu se školou a zvládnout maturitní zkoušku. Dohodli se tedy na denním stacionáři, kam Majka okamžitě nastoupila.

První den ve stacionáři byl pro Majku nepříjemný. Celý den musela jíst, povídat si o jídle, o pocitech. Přestože o tom odmítala mluvit, zde musela. a musela mluvit

pravdivě. První týden byl pro ni na rozkoukání. Pak začal tvrdý režim. Jídlo, které snědla se muselo napsat do jídelníčku. Do deníčku psala své pocity, své myšlenky, události a nápady. Ráno po snídani se všichni, včetně psychologů, uspořádali do kroužku a rozebírali své problémy. Ve stacionáři si Majka našla mnoho přátel. Začala vydávat velké úsilí, aby byla z nejhoršího venku. Šlo jí to dobře. Nejvíce ji pomohla motivace žít normální život, dokázat se zase najíst, radovat se jako dříve a hlavně rodina s přáteli. Od té doby se těšila, jak bude překonávat další překážky a zabývat se také něčím jiným než jídlem.

Majce se podařilo vykonat maturitní zkoušku a v dnešní době pracuje jako učitelka baletního kroužku na základní umělecké škole. Je veselá a hlavně zdravá.

Pro přiblížení stacionáře zde uvádím režim, který musela Majka dodržovat.

- snídane – 3 rohlíky + šunka nebo sýr
- komunita
- sezení s psychologem nebo relaxace
- svačina – jogurt a rohlík
- výtvarná výchova s námětem např. Jak se cítím, co je pro mě nejhezčí, jak bych se chtěla cítit za půl roku
- oběd – polévka s rohlíkem, hlavní jídlo, desert
- společný nákup, ergoterapie, kluby přátel
- svačina – pudink s piškoty
- večeře – teplé jídlo nebo obložené rohlíky nebo chléb
- druhá večeře – rohlík a jogurt

Když se blížil Majky odchod ze stacionáře, dostala na vyplnění dotazník. Byl zaměřen na současnost a budoucnost. Dotazník uvádím jako přílohu č. 3.

Majka se měla zaměřit na současnost, co je její silnou stránkou a co ji pomáhá. Zde je její odpověď:

- *jsem společenská – mám hodně přátel, kteří mě podpoří,*
- *věřím sama sobě,*
- *odhodlanost,*
- *touha po životě,*
- *dokážu naslouchat sama sobě a vím, co je pro mě důležité.*

Dále měl odpovědět, co je v současnosti její slabou stránkou, co hraje proti ní:

- *hloupé narážky ostatních,*
- *škola,*
- *velký neúspěch,*
- *časté hádky, problémy, konflikty,*
- *dlouhá samota.*

V další oblasti se měla zaměřit na budoucnost, čeho může dosáhnout a jaké jsou její šance:

- *dostat se z anorexie,*
- *smířit se s tělem, nezkoumat se,*
- *věnovat se koníčkům,*

- *poznávat nové lidi,*
- *úspěšně pokračovat ve studiu,*
- *zlepšení zdravotního stavu,*
- *někdy založit rodinu,*
- *příjemná, zábavná práce.*

Dále měla odpovědět, jaká jsou budoucí rizika, co se může pokazit, co může ztratit:

- *šízení jídla,*
- *postupná ztráta váhy,*
- *hloupé výmluvy na jídlo,*
- *ztráta sebehodnoty, odhodlanosti,*
- *přestat si věřit,*
- *nezískání takové pozice v životě, v práci, kterou si přeju.*

V druhé části Majka ještě musela odpovědět na pět otázek:

- 1) *Přestavte si možný negativní scénář toho, jak se bude dále vyvíjet Váš život. Napište, jak by mohl vypadat a co by se asi muselo stát, aby to takhle dopadlo:***

(To si ani nechci představovat) Kdybych se vrátila do školy a nechtěli by mě připustit k maturitě. Tím pádem bych nemohla zkusit ani přijímačky na vysokou školu. Ještě bych se do toho mohla rozejít s přítelem. To bych měla hodně důvodů, proč nejít. Kdyby na to přišla mamka, tak bych se s ní hádala, i s celou rodinou. Přestala bych si psát jídelníček a lítala bych v tom až po uši!

- 2) Představte si pozitivní variantu, jak byste si přáli, aby Váš život vypadal. Napište, jak by mohl vypadat a co bude třeba dělat, aby to tak dopadlo:

Přála bych si, abych úspěšně dokončila školu a dostala se na vysokou. Se svým přítelem dál prožívala krásné chvíle a v rodině aby to klapalo. S jídlem jsem kamarádka a tohle přátelství už nikdy nechci ukončit za žádnou cenu. Bude třeba si psát dál jídelníčky a občas budu chtít, aby mi to někdo zkontroloval. Postupem času si chci najít práci, která mě bude bavit a taky založit rodinu. Je mi jasné, že sluníčko svít pořád nebude a na to se připravuju.

- 3) Jaká na Vás číhají rizika, v čem hrozí selhání? Co můžete v takové situaci dělat?

- *Že si řeknu, že už to stačí, že jsem...*
- *Ztráta sebedůvěry, cílevědomosti, víry, motivace...*
- *Zavolat přátelům a vypovídat se, dostat se do režimu, promluvit si s odborníkem, psát si deník.*

- 4) Některé věci lze lépe zvládat, když Vám někdo pomůže. Napište, od koho všeho můžete získat podporu, a v čem:

- *rodina,*
- *přítel,*
- *holky ze stacíku,*
- *blízcí kamarádi*

- 5) Život se neskládá jen z problémů a radostí kolem jídla. Jaké další aktivity máte ráda a chtěla byste se jim věnovat? Co Vám přinášejí? Jaké osoby jsou v těchto oblastech pro Vás významné?

- *Ráda jezdím na běžkách, hraju squash, volejbal, plavu, jezdím na kole, tancuju, čtu, cestuju.*

- *Přináší mi radost ze života, pozitivní myšlení, když mě něco štve, tak se můžu u toho vybit, uspokojení.*
- *Jsem ráda, když můžu něco dělat s někým a podělit se o zážitky.*
- *Taky je důležitý mít nějaký vzor nebo představu, jak to správně dělat.*

Manuál postupných cílů a terapeutických pokroků v léčbě poruch příjmu potravy, který se při léčbě používá, uvádím jako přílohu č. 4.

5.4.3. Julie

„Až mě děsí, kolik z vás se trápí tak jako já... Je mi 23, takže žádná mladá dívenka, lítám v tom s přestávkami už od šestnácti let. Zamýšlím se, co bylo impulsem a zjišťuji, že jich bylo víc. Nikdy jsem nebyla objektivně vzato vysloveně tlustá, spíš štíhlá až akorát. v rodině jsou všichni štíhlé postavy, jedlo se u nás s chutí a na české poměry relativně zdravě. Knedlíky s omáčkami maximálně 1x za měsíc coby sváteční oběd, smažené vlastně jen o Vánocích (kapr), v létě ovocné knedlíky na oslavu prázdninového času. Jelikož maminka byla doma celé mé dětství, vařila mi, takže jsem neprošla tradičními školními jídelnami a byla rozmazlená čerstvým a chutným jídlem se spoustou zeleniny. Jenže jsem měla moc ráda sladké, speciálně čokoládu, běžně jsem denně snědla celou tabulku a byly-li třeba později nějaké sušenky, koláč od mámy, perník, bez výčitek jsem ho zblajzla taky. Měla jsem vždy trochu větší zadek, který se v kontrastu s přirozeně štíhlým pasem zdál ještě tučnější. Postupem času díky pravidelnému přísunu čokoládiček, sušenek, zmrzlinek, marcipánu, ... rostl a rostl, až jsem najednou v prváku na gymplu vážila 62 kg na 168 cm. To je přesně ta váha, kdy už nejste štíhlé, ale ani dost tučné na to, aby vám to bylo jedno a smířily se s tím, že jste postavou v kategorii rozkošných zaoblených baculek. Navíc má maminka je odjakživa křehká jako nějaká skleněná panenka, má 167 cm a váží 45-47 kg. Nezřídka její kamarádky "žertovaly", že jsem vedle ní jako nějaká teta z venkova (chachacha, moc vtipné, když je vám šestnáct), vrcholné číslo předvedla jedna známá, když nám s mámou řekla, že já zhubnout deset kilo a dát je mámě, budeme obě akorát. AU AU AU!!!! Nepočítám ani věty typu: Tys taková pěkná, krev a mlíko, co, kdepak ty vychrliny!, „Ty už seš teda kus ženský!“.

Dodnes když slyším sousloví "kus ženský", celá se osypu. Já vím, že někomu pár kil navíc (která u něj ale vlastně navíc nejsou) sluší, ale já vypadám pak jako nějaká selka. Poslední kapkou byl můj tehdejší kluk, kterému se líbily ultraštíhlé dívky. a já měla třeba 60 kg... Nikdy mi sice neřekl, že jsem tlustá, ale z toho, jak přede mnou hodnotil jiné dívky, které označoval za macatější ačkoli byly zjevně štíhlejší než já, mi bylo jasné, že já pro něj tlustá jsem. Tak jsem zhubla, rychle, jedla jsem jen půl balíčku rýže a mraženou zeleninu denně, později už jen tu zeleninu. Vydržela jsem tak asi tři měsíce, pak jsem o svých narozeninách dostala tolik bonboniér, že jsem dietu přerušila a pěkně vše získala samozřejmě zpět. To jsem byla ještě nezkušená dietářka... Pak jsem mívala střídavé záchvaty měsíčního nejezení, které ale výrazně nebolely. Zlom nastal až o minulých Vánocích. Najednou jsem zjistila, že vážím 67 kg!!! Připadala jsem sama sobě nechutná, jak se cpu sladkostmi, ten nedostatek vůle mě v mých očích snižoval ještě víc. Chtěla jsem být útlounká, jako víla a zatím jsem byla pěkně oplácaná SELKA. Začala jsem prakticky nejíst, prostě jsem něco snědla, až když se to nedalo vydržet. Do toho se přidala pěkná deprese (aby toho nebylo málo, mám bipolární poruchu osobnosti), můj psychiatr však o mých potížích s jídlem nemá ani páru. Postupně jsem si zajela pevný jídelníček a když mi ho cokoli poruší, jsem z toho celá pryč. Mám pravidlo, že si koupím každý den jídlo v takovém balení, které lze sníst celé, aniž bych přibírala, neumím si vzít třeba dva suchary a zbytek zabalit a dát do špajzu, buď je s prominutím sežeru všechny nebo žádný. Takže teď jím denně jeden kelímek sýru cottage (náš starý známý, jistě ho znáte všechny...) , čtyři rajčata, která s ním smíchám a k tomu balíček kukuřičných sucharů, případně večer ještě jablko. Celkem to je něco málo přes 2000 KJ. Zhruba jednou za čtrnáct dní mám pochopitelně hladový den a sežeru tolik sladkostí, že si to ani neumíte představit... Celé velké Raffaello, Nuttela, polárkáč, Kinder bueno na cestu z krámu, kam se každé dva týdny plížím jako fetiš pro svou dávku. Jelikož se intervaly mezi těmito čokonájezdami nezkracují, našťastí nepřibírám (navíc to většinou neopomenou vyvracet, ačkoli nejsem asi klasická bulimička, protože jinak nezvracím a přecpávám se jen těmi sladkostmi). Je to moc, moc, už mám dost, váha se mi teď pohybuje mezi 48-51 kg a stále jsem tlustá, zadek zůstává, moc špeku ač cvičím a hýbu se, trápím hlady. Můj společenský život vlastně neexistuje, protože mám strach z jídla, tak raději nikam ani nechodím, protože jídlo je všude, nemůžu jít na rande a dát si

zmrzku, nemůžu jít někam na večeři, na pizzu, nemůžu ani na návštěvě sníst pár sýrů k vínu, nemůžu ani to víno. Nejím, abych byla hubená a přitom vím, že si to ani neužiju, protože budu mít třeba tu svou vysněnou váhu, ale budu ležet doma v posteli totálně v hajzlu!!!!!!!!!! (Pardon). Dokonce se vymlouvám z návštěv rodičů, protože se vždycky rovnají rodinnému obědu se zákuskem. Nejhorší je, že když jsem vážila 67 kilo, myslela jsem si, že kdybych měla třeba 55, budu blahem bez sebe a teď mám o pět kilo méně a cítím se stejně tlustá jako v těch 67. Jak nepochopitelné pro zdravého člověka, jak absurdní a hloupé, že? Ale vy, vy víte, že tahle nemoc není otázkou intelektu, že můžete mít pět vysokých škol, číst filosofický spisy a zároveň se mučit hladu a samy sebe uvrhávat do karantény před jídlem. Tahle nemoc souvisí se sebevědomím. Já se nemám ráda, vím, jak jsem strašná, někdy přímo fyzicky cítím svou mentální omezenost, jsem neschopná atd. a být k tomu ještě tlustá? To už by bylo moc... Vůbec si nedovedu představit, jak budu žít dál, v normální společnosti s tímhle životním stylem nemůžu obstát. Dnes jsem byla v supermarketu koupit si svou obvyklou denní dávku jídla a dlouhé čekání ve frontě jsem si krátila zkoumáním nákupů ostatních nakupujících. Jak je možné, že oni mají v nákupním košíku třeba sušenky, nanuk, Delissu, bílý rohlík a paštiku, maso, špagety....a přijde jim to tak samozřejmé, jakoby nevěděli, že moci jíst cokoli a ještě se při čekání ve frontě usmívat, telefonovat s kamarádkou, listovat nezáučastně časopisem není dovoleno všem... Já se snažila, opravdu jsem se snažila začít jíst normálně, je to tak dva měsíce a mé snažení trvalo asi dva týdny, ale výsledkem bylo to, že jelikož jsem se nedokázala smířit s příbytkem váhy, pojala jsem těch čtrnáct dní jako užívajících před další dietou (proč to nevyužít, když už jsem se rozjedla, že?...) Proto teď mám těch 51 místo 48. Nevím co bude...“ (Julie, 2010)

5.4.4. Lejka

„Píšete sem svoje příběhy a tak sem se rozhodla, že se s vámi podělím taky o ten můj. i když myslím, že sem tlustá a moje současná váha 53 kg je moc, tak bych moc ráda věděla, co si o tom myslíte.

Můj příběh začíná asi tak před 7 měsíci, a to přesně 22.3.2009. Na ten den nikdy nezapomenu. Byla sobota odpoledne, když můj brácha přišel s brekem od kamaráda, že

se poprali. Jenže ona to tak trošku nebyla pravda, protože přišla babička kamaráda, že ho Martin (můj brácha) zmlátil. a to byla tak chvíle, na kterou do smrti nezapomenu. Babička začala křičet na Martina a na mě, že jsme nevděčný spratci, co pořád jenom žerou, něco po rodičích chtějí a jsou vypasený jak otesánci... Je fakt, že jsem vždycky byla taková silnější, oplácanější, nebo taky holka "krev a mlíko" jak se lidově říká. Prostě špekoun!

a tak sem začala s dietou. v tu dobu jsem vážila 70 kg na 173 cm. Možná se vám to zdá normální, mě se to taky do té doby zdálo, ale v ten den se to ve mě všechno zlomilo a začala sem se vidět v trošku jiném světle. Prostě tlustý stehna, břicho jako vzducholoď a špeky i na vlasech.

S postupným omezením dezertů, zákusků a jídel po šesté hodině večerní jsem za 14 dní zhubla 5 kg! Byla jsem z toho úplně unesená a tak sem po večeři vyzkoušela zvracení. Nejdřív sem si připadala odporně, že tohle nikdy nedokážu, strčit si prst do krku a všechno to ze sebe vyhodit. Zpočátku mi to nešlo, byla sem z toho nervózní, ale jak se říká- trénink dělá mistra a tak mi to chvíli šlo jak po másle.

Za dalších 10 dní sem měla 63 kg. Nikdy předtím sem se necítila lehčí.

Začala jsem vynechávat školní svačiny a obědy a jedla jsem jenom ráno jogurt a večer nějakou polívku a postupem času to omezila jenom na půl litru denně. Ano, i tu vodu už jsem nepila, protože jsem se bála příbytku na váze. Sice jsem mívala občas neuvěřitelný hlad, ale ten pocit prázdného žaludku, a slyšet, jak mi kručí v břiše, tomu se nic nevyrovnalo!

Došlo to až tak daleko, že jsem poslední menstruaci dostala někdy na začátku dubna, vlasy mi padají čtyři měsíce, že se bojím, že tímto tempem budu za chvíli bez nich a o motání hlavy a zimnici ani nemluví.

Dneska jsem se vrátila z nemocnice. Moje diagnóza? Mentální anorexie - o zvracení nevědí (byla jsem na pokoji sama). v nemocnici jsem dvakrát omdlela, moje váha je teď 53 kg a nenávidím svoje tělo! Moje vysněná váha je 48 kg a BMI 16. Nejsem žádná vychrtlina, mám tlustý stehna a vypouklý břicho. Sice se nemůžu opřít a tvrdou židli,

protože mě tlačí páteř a žebra, ale to ostatní mi obaluje tuk.

Nařízení doktorů zní jasně: 5-6 krát denně se najíst, psát si každý sousto a každý vypitý pití do notýsku a za týden na kontrolu a převážení. Jsem objednaná do Prahy k psychologovi a doufám, že mi pomůže se z toho dostat, protože já sama už dál nemůžu.

Všechno a jídle vím nazpaměť, znám kalorické tabulky a taky to, že bez jídla se umírá, ale já prostě nedokážu něco sníst! Bojím se každého deka navíc a nechci jíst, přesto že vím, že musím! (Lejka, 2010)

ZÁVĚR

V diplomové práci jsem rozpracovala problematiku poruch příjmu potravy. v teoretické části jsem se zabývala literární rešerší na téma poruchy příjmu potravy u dětí a mladistvých. Ze shromážděných informací jsem vycházela v mé praktické části. Cílem bylo zmapování vztahu dětí k vlastními tělu a jejich životosprávě. Za tímto účelem jsem zvolila metodu dotazníkového šetření.

Při zpracování tématu jsem se přesvědčila, že se jedná o velmi složitý problém. Výsledky bohužel nebyly pozitivní, spousta děvčat na základní škole bere dietu jako součást svého života a nejspíše se svým tělem budou celý život přehnaně zabývat. Tyto dívky zřejmě budou náchylné k onemocnění poruchou příjmu potravy.

Informovanost není nejlepší, velká procenta dětí tyto nemoci neznají. Mají možnost se o této nemoci dozvědět v hodinách přírodovědy, ale zřejmě tomu tak pokaždé asi není. Myslím si, že by informace o těchto nemocích měly znát již děti na prvním stupni základní školy, není totiž nic neobvyklé, když touto nemocí onemocní devíti, desítileté dívky.

Věřím, že situace ve školách se bude postupně zlepšovat a děti budou o těchto nebezpečných nemocech řádně informovány.

POUŽITÁ LITERATURA

1. JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J.: *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis 2004. ISBN 80-7312-038-0
2. JULIE. *Můj příběh*. Ideální.cz [online], [cit. 2010-03-08]. Dostupné z: <<http://www.ppp.info.cz/jak-dlouho-jeste-clanek-show.asp?id=2492#ixzz0h3QxTVuj>>
3. LEJKA. *Můj příběh*. Ideální.cz [online], [cit. 2010-03-08]. Dostupné z: <<http://www.pppinfo.cz/jak-dlouho-jeste-clanek-show.asp?id=2492#ixzz0h3QxTVuj>>
4. KOCOURKOVÁ, J. et al.: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén 1997. ISBN 80-85824-51-5
5. KRCH, F. D.: *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada 2008, ISBN 978-80-247-2130-9, 3.vydání
6. KRCH, F. D.: *Mentální anorexie*, Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9 1.vydání
7. KRCH, F. D.: *Poruchy příjmu potravy*, Praha: Grada 2002, ISBN 80-247-0840-X, 2.vydání
8. KRCH, F. D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-0840-x. 2. vydání
9. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E.: *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy - příručka pro učitele*. Praha: VÚP a MŠMT ČR, 2003.
10. KULHÁNEK, J. *Základní druhy terapie*. Ideální.cz [online], [cit. 2010-03-06]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/zakladnidruhyterapie+terapie_show.asp?id=1624#ixzz0hPCO9RFb>
11. LANCZOVÁ, L.: *Střípky mých lásek*. Praha: Víkend 1999. ISBN 80-7222-069-1.
12. LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Nakladatelství Svoboda 1995, ISBN 80-205-0499-0.

13. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3
14. PAPEŽOVÁ, H.: *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum 2000. ISBN 85121-32-8
15. ŠEVČÍKOVÁ-SLADKÁ, J.: *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-795-7.
16. VOMASTEK, P.: *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška 2000. ISBN 80-86065-10-3
17. www.pppinfo.cz

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Prázdný dotazník

Příloha č. 2 – Vyplněný dotazník

Příloha č. 3 – Dotazník při odchodu ze stacionáře

Příloha č. 4 – Manuál postupných cílů a terapeutických pokroků v léčbě poruch příjmu potravy

Dotazník chlapci

Kolik je ti let?

Jakou třídu základní školy navštěvuješ?

Kolik měříš cm?

do 150 151-160 161-170 171-180 nad 180

Kolik vážíš kg?

méně než 45 45-50 51-55 56-60 61-65 66-70 71-75 75-80 nad 80

Jak často se vážíš?

Jak jsi se svojí postavou spokojený?

Chtěl bys na sobě něco změnit? např. zhubnout, přibrat, zlepšit postavu, zpevnit postavu,
méně jíst, jiné

Držel jsi někdy nějakou dietu? Když ano, měla úspěch? Kolik se ti podařilo zhubnout nebo naopak přibrat?

Držíš v současné době nějakou dietu? Jakou?

Drží někdo v tvé rodině nějakou dietu?

Cvičíš? necvičím 1-2x týdně 3-4x týdně 5x a více

Jaký druh cvičení?

Nutil tě někdy někdo do cvičení nebo do diety?

Poslechl jsi?

Je na tvém těle nějaká část, kterou máš rád?

Je na tvém těle nějaká část, kterou nemáš rád?

Kdyby ti někdo nabídl, že ti zdarma udělá plastickou operaci, jakou část těla by sis vybral?

Byl jsi někdy kvůli své postavě středem pozornosti?

Jíš rád?

Jíš pouze taková jídla, která jsou zdravá?

Je nějaké jídlo, které bys nikdy nesnědl? Z jakého důvodu?

Dodržuješ vegetariánskou stravu?

Myslíš, že hraje štíhlost velkou roli při hledání partnera? Z jakého důvodu?

Myslíš, že hraje štíhlost velkou roli při hledání kamarádů? Z jakého důvodu?

Myslíš, že je štíhlost důležitá pro úspěšnost ve škole a v práci? Z jakého důvodu?

Víš, co je mentální anorexie?

Víš, co je mentální bulimie?

Cítíš se být nějakou z těchto nemocí ohrožen?

Děkuji za spolupráci!

PŘÍLOHA č. 2

Dotazník dívky

Kolik je ti let?

15

Jakou třídu základní školy navštěvuješ?

1.

Kolik měříš cm?

do 150 151-160 161-170 171-180 nad 180

Kolik vážíš kg?

méně než 45 45-50 51-55 56-60 61-65 66-70 71-75 75-80 nad 80

Jak často se vážíš?

každý den

Jak jsi se svojí postavou spokojená?

ne

Chtěla bys na sobě něco změnit? např. zhubnout, přibrat, zlepšit postavu, zpevnit postavu,

méně jíst, jiné

zhubnout → méně jíst

Držela jsi někdy nějakou dietu? Když ano, měla úspěch? Kolik se ti podařilo zhubnout nebo naopak přibrat?

Držíš v současné době nějakou dietu? Jakou?

Drží někdo v tvé rodině nějakou dietu?

Cvičíš? necvičím 1-2x týdně 3-4x týdně 5x a více

Jaký druh cvičení?

Nutil tě někdy někdo do cvičení nebo do diety?

Poslechla jsi?

Je na tvém těle nějaká část, kterou máš ráda?

Je na tvém těle nějaká část, kterou nemáš ráda?

ústa, nos, ruce, nohy, vlasy, oči

Kdyby ti někdo nabídl, že ti zdarma udělá plastickou operaci, jakou část těla by sis vybrala?

žebra, nohy

Byla jsi někdy kvůli své postavě středem pozornosti?

ne

Jíš ráda?

jo

Jíš pouze taková jídla, která jsou zdravá?

ano

Je nějaké jídlo, které bys nikdy nesnědla? Z jakého důvodu?

šťávek -> špatně se to jímá

Dodržuješ vegetariánskou stravu?

ne

Myslíš, že hraje štihlost velkou roli při hledání partnera? Z jakého důvodu?

ne, protože by měla být zdravá a krásná

Myslíš, že hraje štihlost velkou roli při hledání kamarádů? Z jakého důvodu?

ne, protože kamarádi by měli být zdraví a krásní

Myslíš, že je štihlost důležitá pro úspěšnost ve škole a v práci? Z jakého důvodu?

ne

Víš, co je mentální anorexie?

ne

Víš, co je mentální bulimie?

ne

Cítíš se být nějakou z těchto nemocí ohrožena?

ne

Děkuji za spolupráci!

Odchod ze stacionáře

Blíží se Váš odchod ze stacionáře. Zamyslete se nad svojí současnou situací a vyplňte prosím tuto tabulku:

Nyní:

**Moje silné stránky
Co je na mé straně**

• jsem spolehlivý, mám hodně přátel
• rád mi pomáhají
• umím sama sebe
• chodím na
• chci se zlepšit
• chci nastoupit sama sebe a
• umím se pro mě chystat

**Moje slabé stránky
Co hraje proti mně**

- Kroupy, mluvit, chodit
- Škola
- Velký malý
- Čas, kroupy, pro mě, kroupy
- Kroupy, sama

V budoucnosti:

**Šance
Čeho mohu dosáhnout**

• dostat se na univerzitu
• mít se o kilem, nekomat se
• těmto se končí
• změna nové lidi
• úspěšně pokračovat ve studiu
• lepší odbornostiho stavu
• školy založit rodinu
• jemní, se svou práci

**Rizika
Co se může pokazit, co mohu ztratit**

- Škola, jít
- Postupně abstraktní
- Kroupy, vymluvy, jít
- Škola, sebechodit, učebnice
- Přestat si věřit
- nešťastní, kroupy, práce v budoucnosti, o práci, kterou si přeju

Představte si možný negativní scénář toho, jak se bude dále vyvíjet Váš život. Napište, jak by mohl vypadat a co by se asi muselo stát, aby to takhle dopadlo: (To si ani nechci představit)

Kdybych se vrátila do školy a nechtěli by mi připustit k maturitě. Již jsem předem bych nemohla odmítnout ani přijímacíky na vysokou školu, protože bych se do toho mohla rozjet s přítelem. To bych měla keštné důvody, proč nejít. Kdyby na to přišla maminka, tak bych se o ni báda a i s celou rodinou. Přátela bych si prát, jistě mi to a líbala bych v tom až po uši!

Představte si pozitivní variantu, jak byste si přáli, aby Váš život vypadal. Napište, jak by mohl vypadat a co bude třeba dělat, aby to tak dopadlo:

Přála bych si abych úspěšně dokončila školu a dostala se na vysokou. Se svým přítelem bych prožila krásné chvíle a v rodině aby to klapalo. S jistě jsem kamarádka a takhle přátelství už nikdy nechci ukončit a na vlastní cenu. Bude třeba si prát dál, jistě mi to a občas budu chytit, aby mi to někdo srovnával. Postupem času si najít práci, která mě bude bavít a takový malýk rodinu. Je mi jasné, že slunce ke smrti přeci nebude a na to se připravuju.

Jaká na Vás číhají rizika, v čem hrozí selhání? Co můžete v takové situaci dělat?

Že si říknu, že už do stačí, že jsem.

Chvilka sebrání, cílevědomosti, více perspektivy.

Uvolnit předtělím a vyprovokovat se, dostat se do režimu, promluvit si s odborníkem, prát si dále.

Některé věci lze lépe zvládat, když Vám někdo pomůže. Napište, od koho všeho můžete získat podporu, a v čem:

rodina

přítel

holky ze střední

blízcí kamarádi

Život se neskládá jen z problémů a radostí kolem jídla. Jaké další aktivity máte ráda a chtěla byste se jim věnovat? Co Vám přináší? Jaké osoby jsou v těchto oblastech pro Vás významné?

Ráda jezdím na běžeckých, hravě squash, volejbal; plavu; jezdím na kole; tančím, čtu, cestuju.

Přináší mi radost ze života, pozitivní myšlení; když mě něco štve, tak se můžu u toho vyletět; uspokojení.

Jsem ráda, když můžu něco dělat s někým a potěšit se o něčem.

Taky je důležité mít někdy více nebo přetrvávat jak to správně dělat.

MANUÁL

postupných cílů a terapeutických pokroků v léčbě poruch příjmu potravy

Manuál Vám slouží k zaznamenávání týdenních terapeutických změn a léčebných pokroků. Každá etapa znamená 1 týden. Když budete jednotlivým krokům v manuálu věnovat patřičnou pozornost a budete-li při vyplňování maximálně otevření a upřímní sami k sobě, máte šanci objevit nové zdroje ve Vašem boji s nemocí!

Jméno a příjmení:

Týden

KRÁTKODOBÉ CÍLE

Oblast: Jídelní chování

1.Cíl.....

1.etapa

2.etapa

3.etapa

4.etapa

2.Cíl.....

1.etapa

2.etapa

3.etapa

4.etapa

Oblast: Vnímání sebe sama (sebeúcta, vnímání vlastního těla)

1.Cíl.....

1.etapa

2.etapa

3.etapa

4.etapa

2.Cíl.....

1.etapa

2.etapa

3.etapa

4.etapa

Oblast: Mezilidské vztahy

1.Cíl.....

1.etapa

2.etapa

3.etapa

4.etapa

2.Cíl.....

1.etapa

2.etapa

3.etapa

4.etapa

SOUČASNÝ STAV MÉ MOTIVACE KE ZMĚNĚ

Každý týden zaznamenejte na číselné stupnici stav své motivace ke změně problematického chování pro každou z následujících oblastí zvlášť:

1. **jidelní chování**
2. **vnímání sebe sama (sebeúcta, vztah k vlastnímu tělu)**
3. **mezilidské vztahy**
4. **náplň volného času**

Barevně pak na stupnici označte, nakolik si věříte, že se Vám podaří změnu uskutečnit.

1. Jaká je Vaše motivace ke změně problematického jídelního chování?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Týden 1

Týden 2

Týden 3

Tyden 4

2. Jaká je Vaše motivace ke změně vnímání sebe sama?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Týden 1

Týden 2

Týden 3

Týden 4

3. Jaká je Vaše motivace ke změně mezilidských vztahů?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Týden 1

Týden 2

Týden 3

Týden 4

4. Jaká je Vaše motivace ke změně problematického jídelního chování?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Týden 1

Týden 2

Týden 3

Tyden 4

TABULKA HODNOCENÍ DŮSLEDKŮ MÉ ANOREXIE, BULIMIE

Za každou z následujících vět označte, zda Vám dané chování přináší výhody nebo nevýhody. Přidejte sama na volné řádky další důsledky anorexie/bulimie, které pocítíte a zhodnoťte.

Týden	Výhoda				Nevýhoda			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Cítím hlad								
Nedokážu se v jídle ovládnout								
Špatně spím								
Stále přemýšlím o jídle								
Mívám záchvaty přejídání								
Vypadám nezdravě								
Jsem podrážděná								
Často cítím úzkost								
Vyhýbám se kontaktu s muži (se ženami)								
Můj stav znepokojuje mé blízké								
Mluví se o mně jako o „anorektičce“								
Uvědomuji si, kolik mě mé hubnutí stojí								
Nevím, co je to mentální anorexie								
Cítím se hubená								
Cítím se tlustá								
Stále ubírám na váze								
Nepřibírám na váze								
Cítím se slabá								
Cítím se stále unavená								
Trpím zácpou								
Nerostou mi prsa								
Mám hubená stehna								
Již nemám měsíčky								
.....								
.....								
.....								

HODNOCENÍ DŮSLEDKŮ MÉ ANOREXIE / BULIMIE

ZMĚNY POSTOJŮ A CHOVÁNÍ V BUDOUCNU

Rizikové chování	Okamžitý důsledek	Dlouhodobý důsledek
1. týden	+	+
	-	-
2. týden	+	+
	-	-
3. týden	+	+
	-	-
4. týden	+	+
	-	-

Pokud budu nadále (ubírat na váze, zvracet, zneužívat projímadla, omezovat se v jídle, vyčerpávat se fyzickou aktivitou...), tak

Rizikové jídelní chování	Okamžitý důsledek	Dlouhodobý důsledek
1. týden	+	+
	-	-
2. týden	+	+
	-	-
3. týden	+	+
	-	-
4. týden	+	+
	-	-

Pokud budu nadále (nosit volné oblečení, abych skryla své tělo, říkat si, že mé tělo je ošklivé, pozorovat svou linii v zrcadle, působit si bolest, abych se potrestala,...), tak

Rizikové vnímání sebe sama	Okamžitý důsledek	Dlouhodobý důsledek
1. týden	+	+
	-	-
2. týden	+	+
	-	-
3. týden	+	+
	-	-
4. týden	+	+
	-	-

Pokud budu nadále (skrývat své emoce před ostatními, stranit se ostatních, lhát, pomáhat a sloužit jiným natolik, že zapomenu na sebe sama,...), tak

Rizikové chování ve vztazích	Okamžitý důsledek	Dlouhodobý důsledek
1. týden	+	+
	-	-
2. týden	+	+
	-	-
3. týden	+	+
	-	-
4. týden	+	+
	-	-

ANALÝZA A MOŽNÁ ŘEŠENÍ MÝCH PROBLÉMŮ – TÝDEN

1. Jídelní chování

Problém:

Cílový stav:

Jakými prostředky jej chci dosáhnout:

Hodnocení:

Podařilo se mi uskutečnit změnu?

Pokud ne, jakou jsem z pokusu získal(a) informaci pro další pokus o řešení:

2. Mezilidské vztahy

Problém:

Cílový stav:

Jakými prostředky jej chci dosáhnout:

Hodnocení:

Podařilo se mi uskutečnit změnu?

Pokud ne, jakou jsem z pokusu získal(a) informaci pro další pokus o řešení:

3. Vnímání sebe sama:

Problém:

Cílový stav:

Jakými prostředky jej chci dosáhnout:

Hodnocení:

Podařilo se mi uskutečnit změnu?

Pokud ne, jakou jsem z pokusu získal(a) informaci pro další pokus o řešení:

ANALÝZA A MOŽNÁ ŘEŠENÍ MÝCH PROBLÉMŮ – TÝDEN

1. Jídelní chování

Problém:

Cílový stav:

Jakými prostředky jej chci dosáhnout:

Hodnocení:

Podařilo se mi uskutečnit změnu?

Pokud ne, jakou jsem z pokusu získal(a) informaci pro další pokus o řešení:

2. Mezilidské vztahy

Problém:

Cílový stav:

Jakými prostředky jej chci dosáhnout:

Hodnocení:

Podařilo se mi uskutečnit změnu?

Pokud ne, jakou jsem z pokusu získal(a) informaci pro další pokus o řešení:

3. Vnímání sebe sama:

Problém:

Cílový stav:

Jakými prostředky jej chci dosáhnout:

Hodnocení:

Podařilo se mi uskutečnit změnu?

Pokud ne, jakou jsem z pokusu získal(a) informaci pro další pokus o řešení: